



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CLINIQUE MUTUALISTE  
BENIGNE JOLY**

Allée Roger Renard  
21241 TALANT

MAI 2017

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	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
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	46
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	50

# 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE MUTUALISTE BENIGNE-JOLY	
Adresse	Allee roger renard 21241 Talant
Département / région	COTE-D'OR / BOURGOGNE/FRANCHE-COMTE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	210011904	GCS - USCPP DIJON	8 rue paul gaffarel 21000 DIJON
GCS de moyens	710014028	GCS - E-SANTE-BOURGOGNE	5 rue georges maughey 71100 CHALON SUR SAONE
Entité juridique	210003208	SAS CLINIQUE BENIGNE JOLY	ALLEE ROGER RENARD 21240 TALANT
Etablissement de santé	210780789	CLINIQUE MUTUALISTE BENIGNE-JOLY	Allee roger renard Bp 39 21241 Talant
Etablissement de santé	210780276	MAISON DE CONVALESCENCE VILLA SAINT LUC	27 avenue françoise giroud parc valmy 21000 DIJON

Activités						
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	50	/	40	/	/
MCO	Médecine	60	51	/	15606	6474
SSR	SSR	100	12	/	/	/

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

<b>Réorganisation de l'offre de soins</b>	
-------------------------------------------	--

Coopération avec d'autres établissements	
------------------------------------------	--

Regroupement / Fusion	
-----------------------	--

Arrêt et fermeture d'activité	
-------------------------------	--

Création d'activités nouvelles ou reconversions	
-------------------------------------------------	--

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Décision de certification**

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

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

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

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

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

## **4. Suivi de la décision**

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 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

<b>MANAGEMENT</b>
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
<b>PRISE EN CHARGE</b>
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
<b>FONCTIONS SUPPORTS</b>
Gestion des équipements et produits au domicile du patient

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

<b>PT</b>	<b>Population</b>	<b>Secteurs d'activité / services</b>	<b>Pathologie</b>	<b>Mode d'entrée</b>	<b>Type de parcours</b>	<b>PEC</b>
1	/	Médecine	/	/	Complexe	MCO
2	/	Dialyse	/	/	Simple	MCO
3	/	Chirurgie HC - Bariatrique	/	/	Complexe	MCO
4	/	Chirurgie ambulatoire - Orthopédie	/	/	Simple	MCO
5	/	HAD	/	/	Simple	HAD
6	/	SSR - Gériatrique	/	/	Complexe	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

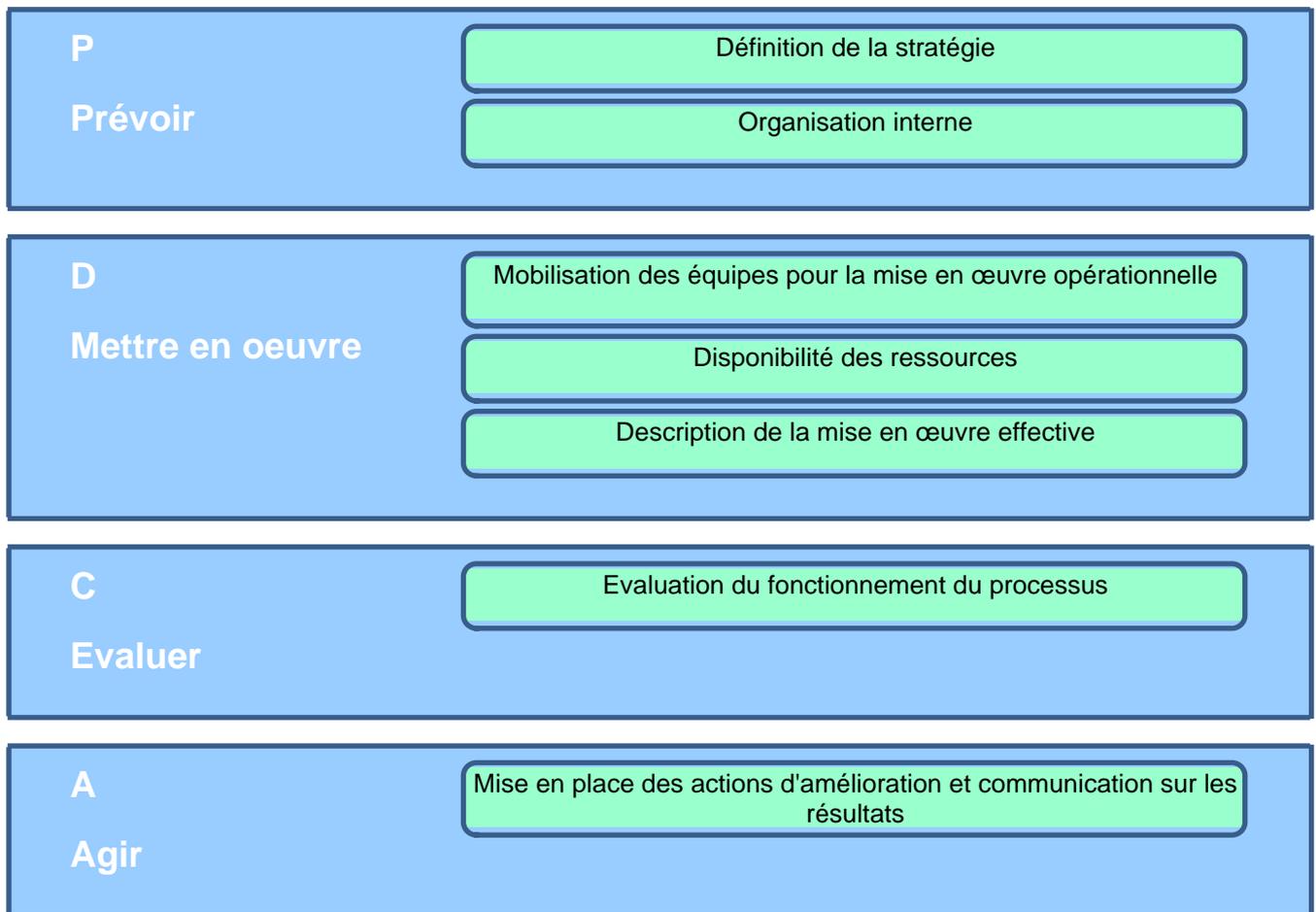
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Il existe au sein de la Clinique mutualiste Benigne - Joly 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. On retrouve la stratégie de la démarche qualité et gestion des risques dans les orientations stratégiques du projet d'établissement: projet 2016/2020 (partie politique qualité et sécurité des soins ).

La politique qualité et gestion des risques de l'établissement décline les orientations stratégiques qualité et gestion des risques pour la période 2016 2020 en 5 axes: axe 1 poursuivre la structuration et l'ancrage au plus du terrain de la démarche qualité et gestion des risques, axe 2 placer le patient au coeur du système de soins, renforcer son écoute et son information, axe 3 améliorer la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge du patient, axe 4 améliorer et sécuriser les fonctions supports et les prestations hôtelières, axe 5 favoriser le bien être et l'implication des professionnels dans leur qualité de travail au quotidien. Les données exploitées tiennent compte des IQSS, des enquêtes de satisfaction( patient), des fiches d'évènements indésirables, des audits et évaluations internes dont les CREX et EPP. A l'occasion de l'élaboration du compte qualité, la cartographie des risques a été mise à jour. Elle intègre les risques identifiés par thématiques renseignées pour le compte qualité . L'analyse des risques et la priorisation ont été réalisés avec les professionnels. Des plans d'actions prioritaires sur les principaux risques ont été programmés. Cette stratégie, validée par les instances concernées ( CME, CQGR, CRUQ) est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le programme d'actions pluri-annuel reprend le programme d'action qualité gestion des risques, les actions du compte qualité, le programme d'actions des instances dont les orientations issues de la CRUQ, les actions correctives suite à l'analyse des FEI et le programme d'actions EPP. Ainsi, la politique qualité et gestion des risques 2016-2020 englobe la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires. La gestion de crise est gérée en interface avec le CHU ( plan blanc). La communication de la stratégie aux professionnels est organisée : logiciel dédié à la qualité, réunions de services, communication par le biais des instances et de la lettre d'information .

**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. La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins s'appuie sur les instances (CME, CQGR, CRUQ, CLIN, CLUD, CSTH), les réunions qualité du réseau santé de la Côte d'Or (ARS), du Groupe des qualificateurs du Groupement hospitalier de la mutualité française et d'un réseau régional. Deux pilotes stratégiques ( la responsable et la technicienne qualité et gestion des risques ) et deux pilotes opérationnels ( cadre de santé chargé de mission qualité des soins et le coordonnateur des risques associés aux soins) ont été désignés. Les cadres, les référents (douleur, hygiène...) et les responsables des vigilances complètent l'organisation interne. La CQGR coordonne les différentes composantes du système qualité et gestion des risques. Elle assure un appui technique et méthodologique au déploiement de la mise en oeuvre. L'implication de la CME dans le développement de la culture qualité et sécurité est effective ( bureau mensuel et séance plénière semestrielle). 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. Un outil informatisé de gestion documentaire de la qualité et de la gestion des risques est disponible depuis plusieurs années. Cet outil informatisé structure la démarche et l'ensemble des ressources documentaires (dont les compte rendu des instances). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le plan de formation prévoit des formations en interne ou en externe sur la méthodologie V2014 dont la démarche "patient traceur", la gestion documentaire, les CREX, les risques associés aux soins. L'appropriation de la réalisation de CREX, la participation aux actions de formation des réseaux qualité régionaux complètent le dispositif du plan de formation. .

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs de prise en charge ( HAD, MCO, SSR, Dialyse ) sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, sous la forme d'une déclinaison en objectifs des thématiques de la démarche de certification de la HAS.

Les pilotes, le service qualité et l'encadrement sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. La technicienne qualité, sécurité et gestion des risques et les cadres ont pour mission de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés. Les professionnels

ont été sollicités : la cartographie des risques, l'identification des risques et choix des plans d'actions prioritaires. L'établissement est composé de quatre secteurs. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). En effet, depuis plusieurs années, l'établissement a créé et formé des référents pour : la douleur, la pharmacovigilance, l'hygiène, les plaies et cicatrisation, l'accompagnement à la fin de vie, les soins palliatifs.

Les cadres soignants s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions périodiques d'évaluation et d'amélioration sont effectuées (EPP, RMM, CREX, déclarations d'EI, patients traceurs...) et donnent lieu à l'information des professionnels.

### 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 professionnels bénéficient de nombreuses formations : douleur, CREX, hygiène, risque médicamenteux, bien-être, soins palliatifs ... Tout salarié dispose de la liste des documents essentiels en termes de sécurité de la prise en charge. Un logiciel de qualité et gestion des risques rassemble les documents, les PV de certaines instances. Un affichage informe les professionnels des résultats d'audits et des résultats des évaluations. La procédure de gestion documentaire précise les modalités d'actualisation des documents. Après validation en CQGR, les cadres informent de la mise en ligne d'un nouveau document ou d'une nouvelle version d'un document existant en complément du mail initialisé par le logiciel et de l'affichage dans les offices de soins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La communication de l'avancement de la démarche est présentée en CQGR, aux personnels ( interventions ponctuelles en réunions hebdomadaire des équipes soignantes) et à certaines instances (CQGR, CRUQ, CME...). Les cadres réalisent et actualisent les procédures et rendent effective la mise en oeuvre des programmes. Un point de suivi trimestriel est aussi à l'ordre du jour des réunions de la CQGR. Le suivi des déclarations et de leur analyse des fiches d'évènement indésirable est effectué par une cellule d'analyse des fiches des évènements indésirables composée de la directrice des soins, de la technicienne qualité et gestion des risques, du cadre chargé de mission qualité et gestion des risques, du coordonnateur des risques associés aux soins. En cas d'évènement grave associé aux soins, un CREX est mis en place. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Le cheminement d'une fiche d'évènement indésirable est donc effectif, le retour au déclarant est assuré par la technicienne qualité et gestion des risques ou la cadre du secteur. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel . La démarche EPP est déployée, l'engagement des professionnels est effectif (70 % des professionnels médicaux ou paramédicaux). 15% des professionnels médicaux et paramédicaux ont participé à la démarche "patient traceur". Les programmes d'actions validés sont connus des professionnels. Lorsqu'un indicateur IQSS n'est pas conforme aux attendus (délai d'envoi du courrier de sortie en MCO, réunion de concertation pluridisciplinaire en cancérologie ) un plan d'actions est élaboré, le suivi est effectif afin de revenir au niveau A ou B. La coordination des dispositifs de vigilances et de veille sanitaire et de gestion globale de la qualité et des risques est effective. Le Directeur et son assistante sont référents pour la gestion des plaintes et réclamations. L'exploitation des plaintes et réclamations implique les professionnels et les usagers. Une analyse est présentée aux cadres des secteurs en réunion qualité bi-hebdomadaire. La rétro-information s'effectue lors d'une analyse annuelle en CRUQ. La participation des usagers est recherchée. Les 4 réunions réglementaires de la CRU sont effectives.

## 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.). Un tableau de bord spécifique au management de la qualité et la gestion des risques reprend les indicateurs. un bilan annuel de la CQGR est réalisé. Le taux d'avancement des programmes d'action est évalué (programme CQGR 2015 : 86% ).

Le suivi d'indicateurs est assuré: FEI, le taux de FEI traité, le nombre de CREX, le taux de retour des questionnaires de sortie illustrent ce suivi. Le dispositif de participation des usagers est évalué au travers du bilan de la CRU. L'appropriation des procédures n'est pas évaluée suite à la réalisation d'exercices de gestion de crise. Les conditions d'exercice de la fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins ne sont pas évaluées.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. A partir des audits, enquêtes, évaluations et des signalements (FEI, RMM et CREX), le réajustement des plans d'actions est réalisé si cela est nécessaire (bilan qualité et gestion des risques). Le réajustement est aussi effectué lorsque de nouvelles recommandations ou réglementations sont intégrées (ex : la démarche "patient traceur"). Les actions d'amélioration figurent dans le compte qualité de ce processus.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels (affichage dans les offices), lettre d'information interne et des usagers.

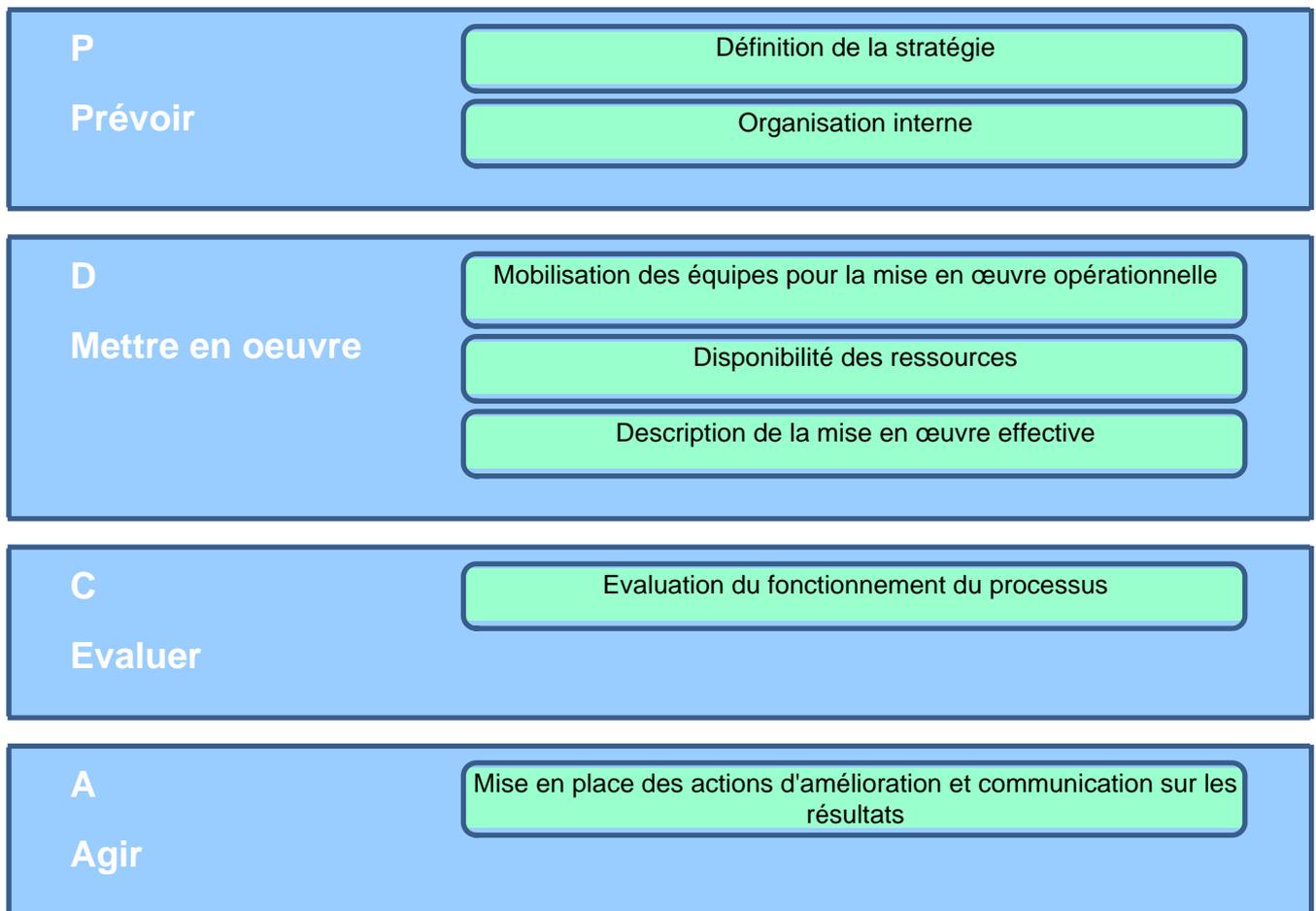
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

L'établissement a identifié des secteurs et des activités à haut risque infectieux : bloc opératoire et chimiothérapie. L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration du risque infectieux. Elle a été réalisée en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Elle est également inscrite dans le projet d'établissement 2016-2019 et dans la politique qualité et sécurité des soins 2016-2020. Cette politique formalisée comporte des objectifs précis en lien avec le contrat de bon usage du médicament (CBUM) et les indicateurs du BILAN LIN. Elle est déclinée selon trois axes :

- améliorer l'utilisation des SHA
- dynamiser le plan stratégique antibiotique
- développer la culture de prévention du risque infectieux

Elle définit les organisations et les moyens nécessaires à l'atteinte de ces objectifs. L'identification et l'analyse des risques propres à l'établissement ont été réalisées en équipe pluridisciplinaire associant notamment les membres du CLIN, le service qualité, les correspondants en hygiène, sur la base :

- d'une identification des spécificités des prises en charge et des parcours patients,
- des résultats des indicateurs internes et externes dont ceux du BILAN LIN,
- des résultats de l'analyse des événements indésirables dont l'analyse des risques a posteriori identifiés notamment dans le cadre des Comités de Retour d'Expérience,
- des différentes évaluations menées (certification V3, audits, EPP, etc.),
- de l'évaluation de la conformité à la réglementation,
- des orientations nationales (programme national sur les antibiotiques, recommandations CCLIN , etc.),

Cette cartographie, réalisée en 2015, concerne toutes les activités de l'établissement. Trente-deux risques ont été repérés au total et ont été hiérarchisés selon les échelles (gravité, fréquence et maîtrise) à 5 niveaux de la HAS. Quatre risques ont été identifiés comme étant prioritaires ou à surveiller :

- Non-respect des protocoles de lavage des mains et défaut d'utilisation des SHA
- Mauvaise application de la conduite à tenir en cas de travaux
- Défaut de prise en compte du risque de contamination par les professionnels soignants non vaccinés
- Défaut de ré évaluation de la prescription d'antibiotiques à 3 jours.

Le président du CLIN est le pilote du processus. Il élabore, en lien avec le CLIN, un plan d'actions qui est intégré au plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) global de l'établissement. Pour chaque action l'objectif, l'action, le pilote, les délais de réalisation et les modalités de suivi sont précisés. Les actions découlant des risques prioritaires sont reportées dans le compte qualité de l'établissement. Ce plan d'actions a été présenté en CLIN et en CME en mars 2016.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de gestion du risque infectieux. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le président du CLIN est désigné coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins. Les actions relatives à la maîtrise du risque infectieux (prévention, surveillance, formation, évaluation, etc.) sont suivies par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et par le CLIN. Cette sous-commission de la CME s'est réunie 3 fois en 2015. Le suivi des actions concernant le bon usage des antibiotiques est assuré par la commission des antibiotiques sous la responsabilité de la CME et en lien avec le pharmacien gérant et le coordonnateur des risques associés aux soins. Cette commission a la mission d'assurer la surveillance épidémiologique et la surveillance de la résistance aux antibiotiques. L'établissement est engagé dans une démarche d'amélioration continue de l'hygiène des locaux. L'EOH travaille en collaboration avec les responsables hôteliers qui encadrent les ASH dédiés à l'hygiène des locaux et affectés sur chacun des services. Ces différents acteurs sont en charge du suivi de la mise en œuvre des actions inscrites au programme et les concernant.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de la disponibilité des ressources tant humaines, documentaires que matérielles. L'établissement dispose d'une équipe en hygiène hospitalière composée d'un praticien hygiéniste (0.10 ETP), d'une infirmière hygiéniste (4 jours par mois). Un référent en antibiothérapie et un référent en infectiologie avec un temps dédié à ces missions sont identifiés. Des correspondants médicaux (6) et paramédicaux (13) sont désignés pour assurer le relais dans les unités de soins et faciliter la concertation entre l'EOH et les équipes soignantes. Une

conférence est organisée annuellement par le CLIN à l'attention des équipes médicales sur une thématique ciblée telle que BMR, Infections urinaires, etc. Le président du CLIN propose conseil et accompagnement individualisé à visée pédagogique aux praticiens de l'établissement. Il leur transmet également régulièrement des lettres d'information sur des sujets variés. L'équipe opérationnelle d'hygiène bénéficie de formation (ex. diplôme thérapeutique anti-infectieux) et participe aux journées organisées par l'ARALIN (Infirmière hygiéniste de Bourgogne). Elle transmet ensuite les informations collectées aux correspondants en hygiène. Le responsable hôtelier a formé le personnel des services techniques. Les nouveaux embauchés sont inscrits par les ressources humaines au programme de formation comportant des sessions de formation sur des thématiques ciblées telles que l'utilisation des SHA, respect des précautions standard et complémentaires, etc. L'accompagnement des stagiaires est organisé : ils sont suivis par une IDE dédiée. Des clauses relatives à l'hygiène sont incluses dans le cahier des charges des prestataires extérieurs.

Les besoins des utilisateurs en ressources documentaires sont identifiés. Des protocoles et procédures relatifs à la maîtrise du risque infectieux sont élaborés et actualisés avec les professionnels. Ils sont au besoin adaptés aux spécificités des services. Le responsable hôtelier de Talant a créé un guide à l'attention des nouveaux ASH « mémo d'accueil nettoyage désinfection des locaux ». Ce document synthétise les bonnes pratiques en hygiène et les règles de sécurité. Ils sont validés par le CLIN puis intégrés dans le système de gestion documentaire de l'établissement. Des plans de gestion de crise, annexés au plan blanc, sont formalisés et révisés périodiquement. Ils concernent le haut risque infectieux émergent, les alertes « légionnelle », etc. Des outils d'aide tels que guide d'antibiothérapie sont validés, actualisés et mis à la disposition des professionnels. Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés. L'équipe opérationnelle d'hygiène est associée le plus souvent aux projets relatifs aux locaux, à l'achat de produits, matériels ou équipements.

Le dossier informatisé permet le suivi des déclarations d'infections associées aux soins. Les maintenances préventives et curatives et les surveillances des zones et des activités à risques (air, eau, linge, déchets, etc.) sont organisées. Des procédures sont prévues en cas de résultats de contrôles hors normes.

Des matériels et équipements adaptés à la prévention des risques liés aux agents biologiques (équipements de protection individuels, aiguilles sécurisées, etc.) sont mis à la disposition du personnel. A Talant, la stérilisation des instruments et des matériels sont sous traitées. Le site du Valmy ne dispose que de l'usage unique.

L'établissement organise un système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre les professionnels et entre secteurs d'activité. La gestion des interfaces et des circuits est organisée. Elle concerne non seulement l'EOH et les services de soins mais aussi :

- le laboratoire de bactériologie, les infectiologues, les pharmaciens, le responsable biomédical
- les services économiques, la direction de soins, la DRH, la médecine du travail, etc.

Les interfaces CLIN / autres instances ou sous commissions type COMEDIMS/ sous-commission des antibiotiques sont effectives. Les modalités de collaboration entre le référent antibiotique, le pharmacien et l'infectiologue sont définies. Les représentants des usagers, membres de la commission des usagers, participent au CLIN. Le pilote du processus collabore étroitement avec le service qualité et gestion des risques notamment en ce qui concerne les évènements indésirables, le suivi du programme d'actions, le recueil des indicateurs.

## **D / METTRE EN OEUVRE**

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Compte tenu des risques et des besoins, les cadres organisent, en lien avec les correspondants en hygiène, les médecins et les pharmaciens, la déclinaison des axes stratégiques en actions d'amélioration dans les services de soins. Par exemple, l'objectif « améliorer les pratiques de lavage des mains » inscrits au PAQSS est décliné dans l'action « mettre en place un système de surveillance des consommations de SHA aux soins intensifs ». Des professionnels ont été associés à l'identification et à l'analyse des risques relatifs à la gestion du risque infectieux. Les professionnels des services techniques et ceux assurant le bio nettoyage ont été invités à participer à ce travail. Les équipes participent au recueil et l'analyse collective de situations d'infection ou d'épidémie, aux démarches d'EPP, etc. Elles ont accès aux résultats de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement. Les professionnels connaissent les risques prioritaires de l'établissement et ceux de leur secteur d'activité ainsi que les actions d'amélioration associées. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. De nombreux audits et évaluations de pratiques professionnels sont organisés.

On retrouve par exemple des audits sur la préparation cutanée, des études de pertinence sur les prescriptions d'antibiotiques, des EPP relatives à la vaccination, etc. Des actions correctives sont

identifiées en cas de besoin, lors d'un dysfonctionnement repéré ou lors de la baisse de résultats d'indicateurs. Les résultats des indicateurs spécifiques à chaque secteurs leurs sont communiqués. Les professionnels participent à la mise en œuvre d'actions correctives si nécessaires. (ex. actions de sensibilisation à l'aide de la « boîte à coucou » pour inciter à l'utilisation des SHA et ainsi améliorer l'indicateur ICSHA).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au niveau institutionnel. Les coordonnées du pharmaco vigilant, des référents en antibiothérapie et en infectiologie sont disponibles dans les services. L'EOH intervient dans les secteurs d'activité pour apporter son expertise. Pour par exemple, aider à la mise en place de précautions complémentaires. Les missions et les identités des correspondants médicaux et paramédicaux en hygiène hospitalières sont connues dans les services. Ces correspondants veillent au respect des protocoles de bonnes pratiques, à la bonne utilisation des matériels et des dispositifs médicaux. Les correspondants sont réunis toutes les 6 semaines pour mises en commun des informations ascendantes et descendantes, échanges sur les bonnes pratiques, diffusion de documentation, ... Les professionnels bénéficient périodiquement d'actions de formation, d'évaluation et d'accompagnement réalisées par l'EOH en coordination avec le CLIN. Il s'agit, par exemple, de la formation des médecins au bon usage des antibiotiques, de formations sur le respect des précautions standard, de formations spécifiques pour les agents de service à l'hygiène des locaux. Les nouveaux embauchés participent aux sessions de formation organisées dans le cadre programme d'accueil. Des animations thématiques sont menées périodiquement. Ainsi lors de la journée mondiale de l'hygiène des mains, des sensibilisations à l'hygiène des mains sont réalisées dans les unités pour les soignants, les accompagnants et les visiteurs, des ateliers sont organisés (ex chambre des erreurs, hygiène des mains et utilisation des SHA...). Des formations ou recommandations de bonnes pratiques d'utilisation des antibiotiques sont dispensées dès que nécessaire aux professionnels concernés : formation des médecins et des internes.

Les procédures et protocoles sont actualisés, connus des professionnels et accessibles sur la base gestion documentaire institutionnelle. Au besoin, des avis compétents peuvent être recherchés en interne ou en externe. Les protocoles sont revus périodiquement avec les correspondants en hygiène. Une liste des anti-infectieux est disponible dans le livret du médicament. Elle est mise à jour régulièrement.

Un antibioguide est à disposition des médecins. Des informations sont délivrées périodiquement à des groupes professionnels ciblés : un « bulletin hygiène », élaboré par l'EOH en lien avec les correspondants en hygiène, est diffusé auprès des soignants tous les 2 mois. Une gazette rédigée par le responsable hôtelier paraît tous les 3 mois. Une lettre « antibiotique » est diffusée aux médecins 2 fois par an.

La prévention des infections nosocomiales fait l'objet d'une mention dans le livret d'accueil du patient. Les supports à l'usage des patients (sur les BMR, Clostridium) sont disponibles dans les services

Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires. Ainsi du matériel sécurisé est à disposition des équipes soignantes pour prévenir le risque d'exposition au sang (AES). La gestion des DASRI répond aux normes réglementaires pour les équipements et le transport. Concernant l'application des précautions standards ou particulières, des équipements de protection individuels sont disponibles dans les services concernés : tabliers, blouses, sur-blouses plastifiées jetables, etc...

Des distributeurs de produits hydro alcooliques sont installés dans toutes les chambres des patients et des locaux le nécessitant. Les chariots de bio nettoyage vont être changés.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de gestion du risque infectieux sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité. Les professionnels connaissent et respectent les règles, protocoles, procédures, l'organisation établie et les circuits définis. Un dispositif de surveillance par alertes passives (microbiologiques systématiques et/ou occasionnelles, surveillance des résistances aux antibiotiques, événements indésirables, AES) et actives (résultats d'audits de pratiques) est en cohérence avec le contexte et les spécialités de l'établissement. Les patients porteurs de BMR sont identifiés dès l'admission, des mesures d'isolement sont prescrites conformément aux procédures. Le statut infectieux de patient est tracé sur son dossier médical (tampon spécifique). La réévaluation des prescriptions d'antibiotiques est assurée par les médecins. Ce que confirme les résultats de l'indicateur ICATB-2 (données 2015). Les DASRI sont gérés dans les unités de soins comme le prévoit la réglementation : des sacs, cartons et contenants piquants/coupants et tranchants sont utilisés par les équipes. La gestion des DASRI au domicile du patient (HAD) est conforme : information des patients et de leur entourage, respect des modalités de collecte, de traitement et d'élimination. La traçabilité de l'hygiène des locaux est effective et suivie par le responsable hôtelier. Les mesures de prévention et de surveillance du risque de légionellose sont en place. Il en est de même pour le risque aspergillaire. La procédure « conduite à tenir en cas d'AES est connue des professionnels et est facilement accessible. Les professionnels signalent les événements indésirables (ex. augmentation du nombre d'infection urinaire après instillation vésicale. Ils sont associés à l'analyse des causes et à la recherche de mesures correctives. Les interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles.

Les comptes rendus des instances (CLIN, réunions EOH, ...) et du Comité de pilotage qualité et gestion

des risques sont diffusés aux professionnels.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la politique de gestion du risque infectieux sont assurés régulièrement par le CLIN en lien avec le responsable qualité. Ces derniers disposent d'indicateurs quantitatifs : consommations d'antibiotiques, ICATB, ICABMR, ICALIN, ICSHA, nombre de signalements internes et externes, d'AES, d'événements indésirables, indicateurs issus des audits ( ex. infections sur chambre implantable), etc. Ils disposent également de données qualitatives :

- résultats issus des évaluations « patient traceur », des EPP comme par exemple, prescription d'antibiotiques en cas d'infections
- résultats des enquêtes de prévalence et d'incidence
- résultats des contrôles de qualité de l'air, de l'eau, des prélèvements des secteurs linge et restauration, etc (tableau de bord..)
- résultats des audits GREPHH
- analyse d'événements indésirables graves
- taux de satisfaction des usagers sur la propreté des locaux dans le questionnaire de sortie (98 % satisfaction)
- ....

Le bilan des actions de prévention, de suivi et de surveillance du risque infectieux est réalisé dans le cadre rapport annuel du CLIN et du bilan de la démarche qualité et sécurité des soins. Ce bilan est largement diffusé aux professionnels concernés et en CME.

## A / AGIR

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

La clinique met en œuvre un dispositif d'amélioration continue de l'ensemble du processus à l'échelle de l'établissement permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation. Le suivi des actions d'amélioration et des résultats des évaluations permet de réexaminer les risques. Le dispositif d'amélioration continue permet :

- la prise en compte des avis et de la participation des professionnels à l'élaboration de la révision du plan d'actions ;
- la détermination de nouveaux objectifs d'amélioration de la qualité et de traitement des risques mesurables au regard du/des bilan(s) ;
- la révision de la stratégie.

Chaque instance établit un bilan annuel de ses actions et de l'atteinte de ses objectifs transmis au service qualité et gestion des risques. Ces bilans servent de base à l'élaboration du bilan annuel présenté en CME. Les résultats des actions menées et des évaluations sont communiqués lors des réunions plénières des instances, par le biais de la lettre d'information diffusée à tous les salariés et aux professionnels concernés lors de réunions de service ou de réunions spécifiques. Les résultats des indicateurs sont portés à la connaissance des usagers en réunion de la commission des usagers (CDU) et par un affichage institutionnel et insertion dans le livret d'accueil.

L'établissement communique en externe sur les actions menées et leur résultat notamment lors des activités d'échange et de comparaison inter-établissement.



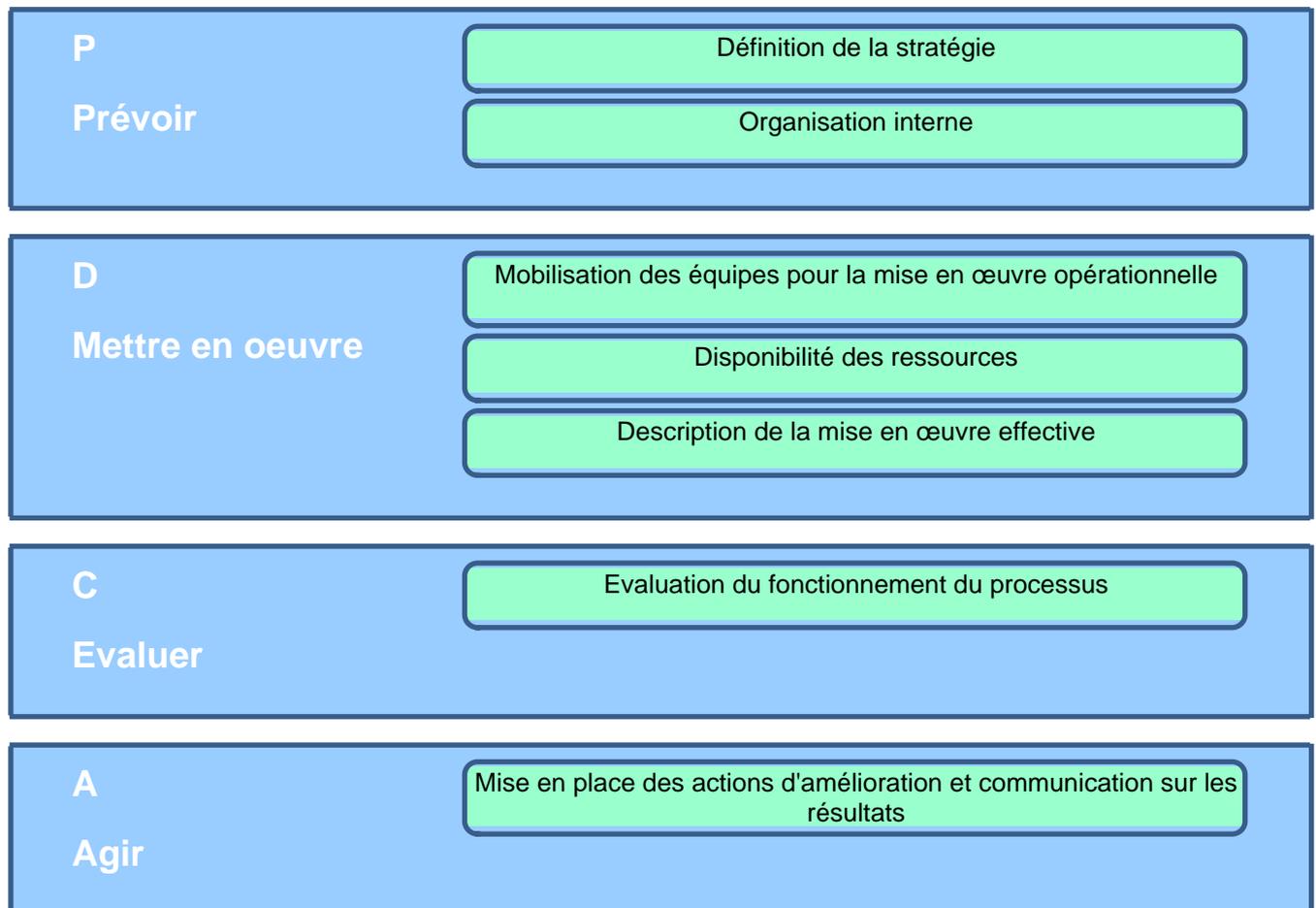
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

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 politique se décline selon trois axes :

- promouvoir la bientraitance et prévenir la maltraitance
- améliorer l'information donnée aux patients
- garantir le respect des droits des patients

Cette politique se retrouve dans les orientations stratégiques de l'établissement (axe 2 du projet d'établissement: placer le patient au coeur du système de soins, renforcer son écoute et son information). Les objectifs ont été élaborés à partir de la cartographie des risques et des documents de référence en la matière. 15 professionnels et 2 représentants des usagers ont été associés à cette élaboration. La bientraitance a fait l'objet d'une réflexion pluriprofessionnelle spécifique et une EPP "remise du PPS au patient " a été initiée. Une cellule éthique et bientraitance , pluridisciplinaire est animée par une psychologue. Cette stratégie, validée par la CQGR, la CME et la CRUQ, est déclinée dans un programme d'actions formalisées et priorisées. Ce programme issu des réflexions de la CRUQ intègre celui du 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 mission et dans les fiches de poste des professionnels. Les membres d'un groupe de travail pluridisciplinaire bientraitance et la cellule de réflexion éthique et bientraitance se sont répartis l'analyse du processus et l'élaboration des plans d'actions. Le pilotage du processus est assuré conjointement par la directrice des soins et la chargée de mission en qualité et cancérologie. Il intègre les orientations stratégiques du projet d'établissement, les chartes (charte de prévention de la maltraitance , charte du patient hospitalisé, charte de l'enfant hospitalisé, charte du service nutrition...), les modalités d'accueil du patient et de son entourage ( dépliant "accompagnant", dépliant "soins palliatifs").

Un psychologue et la responsable qualité participent à l'espace éthique Bourgogne Franche Comté ( CHU Besançon, ARS, université .)

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. Les plans de formation 2014, 2015 contenaient des formations sur les droits des patients (droits des patients pour les pilotes du processus, formation juridique sur les droits des usagers pour les infirmières). Il en est de même pour 2016. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. La gestion des plaintes et des réclamations est structurée et opérationnelle. Le directeur est nommé responsable de cette gestion. L'établissement a formalisé une procédure de conduite à tenir en cas de refus de soins. Une procédure de signalement de faits supposés ou avérés de maltraitance a été rédigée, elle contient une fiche de signalement. La démarche structurée d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est formalisée.

### 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 du processus, les cadres du secteur , la technicienne qualité, les référents opérationnels qui accueillent les patient s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Plusieurs objectifs du PAQSS, repris dans le compte qualité, concernent les droits des patients : aménagement des locaux, sensibilisation du personnel et des intervenants extérieurs au respect de l'intimité et de la confidentialité, évaluation du respect de la bientraitance, proposition à l'alternative à la contention physique. Plusieurs actions d'amélioration issues de l'identification des risques priorités du compte qualité ont fait l'objet de procédures, ou de sensibilisation des professionnels. L'action d'évaluation et d'amélioration est aussi déclinée au travers de l'EPP "patient traceur".

#### 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 présentes

dans les services permettent de répondre aux attentes des personnes prises en charge comme par exemple l'assistance sociale, le psychologue, la neuropsychologue, le kinésithérapeute (patients à risque de chute), les référents "éducation thérapeutique". Les professionnels sont sensibilisés aux droits des patients par retour d'expérience suite à la mise en place des patients traceurs. Le maintien des compétences est effectif (formations et sensibilisations régulières). Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients y compris dans les chambres à 2 ou 3 lits grâce à un système de séparation. Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil des proches. Un lieu dédié peut être mis à disposition de l'entourage en cas de besoin. Le patient ou l'entourage est reçu dans un lieu permettant la confidentialité. Un plan de maintenance existe pour tous les matériels (présence d'un technicien biomédical). Les modalités de signalement des cas de situation de maltraitance sont définies et diffusées. De nombreux documents destinés à l'information du patient sont disponibles. Toutes les procédures sont consultables par tous les personnels sur le portail intranet. Elles sont régulièrement actualisées. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CRUQ est disponible au travers du livret d'accueil, du site internet et de l'affichage dans l'établissement (accueil + chaque niveau). Des médecins et des infirmières ont été formés à la démarche d'information du patient en cas de dommage associé aux soins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. En pratique, les patients sont effectivement informés par les professionnels de leurs droits et des missions de la CRUQ par le livret d'accueil, la rencontre avec un soignant le jour de l'arrivée ou le lendemain et par l'affichage sur un tableau réservé à cet effet. Les soins, y compris les soins d'hygiène, sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Des actions visant la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre dans l'établissement. Dans des situations qui le nécessitent, un accueil personnalisé et le soutien de l'entourage des patients sont organisés avec, par exemple, des rencontres avec le médecin, des rencontres avec le cadre responsable du secteur, l'assistante sociale, un psychologue. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les restrictions de liberté (barrières de lit, maintien au fauteuil...) font l'objet d'une prescription médicale écrite. Elles sont réévaluées à périodicité définie (cela a fait l'objet d'une évaluation lors de la mise en place de la démarche "patient traceur"). La participation du patient, et s'il y a lieu, de son entourage dans la construction du projet thérapeutique ou du projet de soins et du projet d'éducation thérapeutique associée est effective : le patient (voire son entourage en soins intensifs ou soins palliatifs) valide son projet de prise en charge (charte d'engagement en nutrition, consentement en HAD, en chirurgie, consentement recueilli par check list en soins palliatifs...). Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Les mesures de précaution complémentaires d'hygiène sont prescrites et tracées. Le patient est informé. La réflexion bénéfico-risque est intégrée au projet du patient. La traçabilité du respect des droits des patients est assurée, ce que confirme la rencontre avec les patients dans le cadre de la démarche "patient traceur". Il y a dans les secteurs des chambres à 2 ou 3 lits des rideaux qui permettent de faire les soins en respectant l'intimité. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. On retrouve ainsi la traçabilité de l'information donnée au patient sur la proposition de "projet thérapeutique" ou du projet de soins. Les données des pré-requis du programme Hôpital numérique pour assurer la confidentialité correspondent aux attendus de la HAS. Les patients traceurs ont confirmé que les droits du patient sont préservés, dans tout ce qui concerne la dignité, l'intimité et la confidentialité.

## 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, tableau de bord du processus, bilan d'activité, bilan CRUQ, bilan cellule éthique et bientraitance, etc.). Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Des audits et enquêtes sont réalisés sur la bientraitance et sur la traçabilité de l'information en cas de dommage associé aux soins. L'établissement suit la progression des indicateurs comme le taux des plaintes et réclamations et le taux de déclaration des événements indésirables.

L'établissement évalue également le respect des droits des patients, de leur satisfaction par le biais du questionnaire de satisfaction.

Des enquêtes téléphoniques ont aussi été réalisées pour les patients en hospitalisation complète. Les résultats de ces évaluations sont synthétisés dans un tableau de bord et présentés en CRUQ. Ils sont articulés avec le bilan global de la démarche d'amélioration de la qualité de la CQGR.

**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. Elles ont pour objet, par exemple: le respect de la confidentialité ( salle de soins), de l'intimité, l'amélioration de la signalétique pour les personnes en situation de handicap, l'opacification des vitres des portes du service admission, la réhabilitation des chambres dont les espaces salles de bain. Des supports et modalités de diffusion sont établis. ( dépliants d'informations, kit "hospitalisation en ambulatoire"). La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

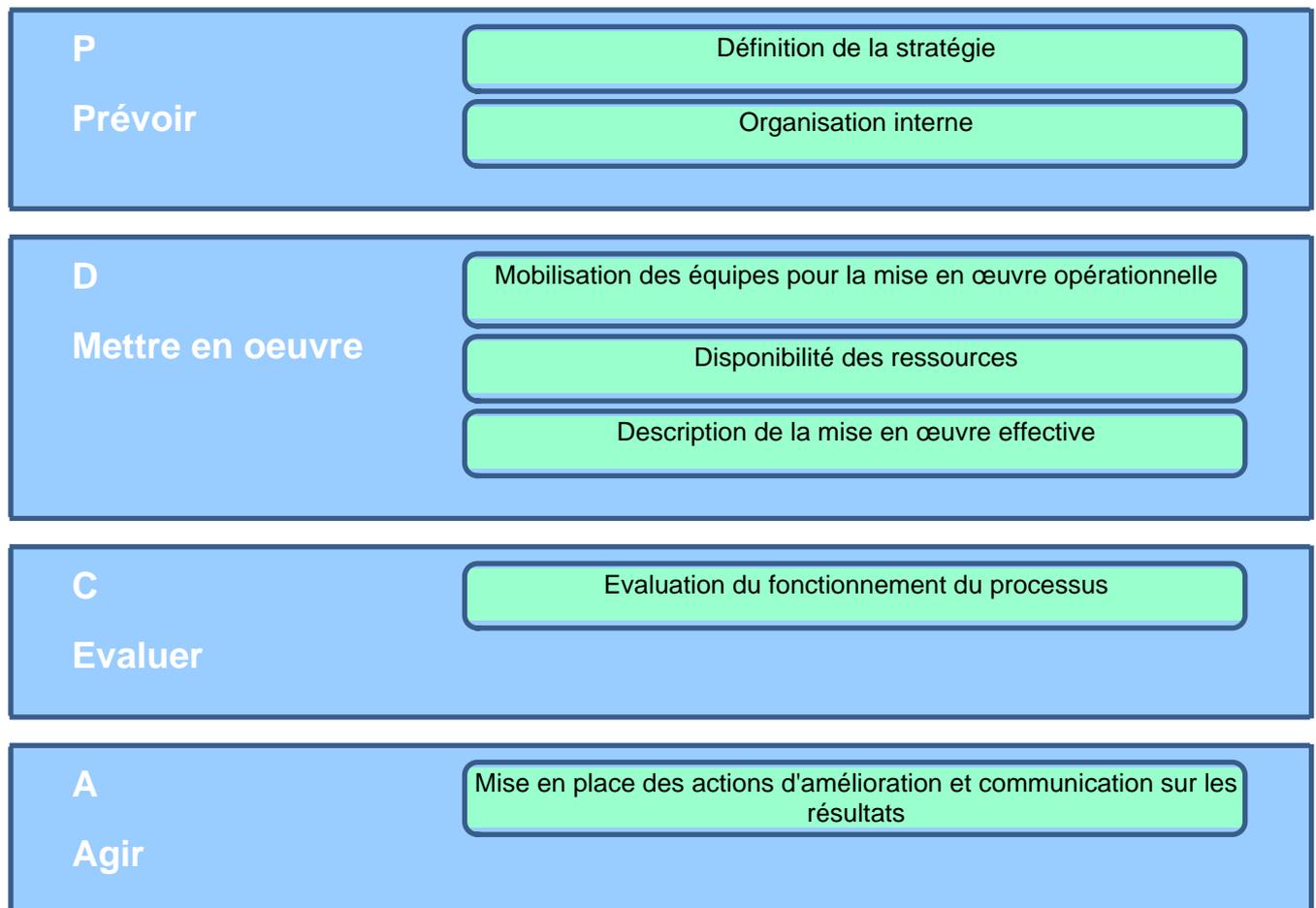
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe au sein de la Clinique mutualiste Benigne-Joly une stratégie et des objectifs propres au parcours du patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte du territoire, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Au niveau de l'établissement le parcours concerne la prise en charge des patients en médecine, chirurgie, UMCG en hospitalisation complète (122 lits) , 88 places en chirurgie ambulatoire, dialyse, chimiothérapie et 30 places en HAD sur le site de TALANT ; 102 lits de SSR ( gériatrie, nutrition, troubles du comportement) et 10 places ( gériatrie et nutrition) sur le site de VALMY. La structuration en filières de soins est en cours :

- filière nutrition : Clinique, SSR, Hôpital de jour
- filière gériatrique : Service à domicile, EHPAD, HAD, UMCG, SSR, UCC et le réseau RESEDA
- filière dialyse en lien avec le réseau régional de néphrologie
- filière cancérologique en hôpital de jour ( chimiothérapie) et hospitalisation complète ( urologie, pneumologie, digestif et orl)

L'établissement a mis en place des partenariats avec le CHU de DIJON ( hôpital pivot du territoire). D'autres partenariats sont en cours avec un GCS de stérilisation, l'UPATOU de Chenôve, le réseau oncologique , le cabinet privé PRISM ( radiologie, scanner, IRM) et le réseau des établissements de la mutualité française Bourguignonne (EHPAD, SIAD...). La politique du parcours patient est déclinée au travers des orientations stratégiques du SROS région Bourgogne, du CPOM de la Mutualité française Bourgogne et du projet d'établissement 2016/ 2019(analyse et stratégie). Il intègre les orientations médicales. Le projet d'établissement prévoyait des travaux: aménagement d'une UMCG (réalisé), restructuration du SSR ( réalisé) et création d'une unité d'hospitalisation de jour en gériatrie. Ces travaux tiennent compte des orientations stratégiques du territoire. Cette stratégie, validée par les instances concernées (CA au niveau de la Clinique, CME et réunion des cadres ) , est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La carte d'identité du processus et la cartographie des risques ont été élaborées avec les professionnels concernés lors de la rédaction du compte qualité. Parmi les risques retenus, 6 risques ont été priorités. Les plans d'actions du compte qualité déclinent les 11 axes d'actions d'amélioration programmées. Les plans d'actions ont été diffusés ( réunions de service, affichage...). Les orientations stratégiques, validées par la CQGR, les réunions des cadres de soins et la CME sont présentées dans un programme d'action formalisé et priorisé prévoyant les ressources et les modalités de suivi. Les objectifs et les responsables sont précisés. Le PAQSS institutionnel inclut le PAQ du compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus: une fiche de mission acte la mission des pilotes de processus. ( la directrice des soins et la chargée de mission en qualité des soins et cancérologie). Les rôles et responsabilités y sont identifiés et formalisés. Le CQGR a défini les modalités de mise en oeuvre du programme d'actions associé au compte qualité de ce 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. Les praticiens ont un rôle prépondérant pour s'assurer de l'adéquation des dossiers de demandes avec les autorisations de l'établissement ( chirurgien en chirurgie, médecins chefs de services en médecine, médecin coordonnateur en HAD). L'établissement n'a pas de service d'urgence. La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée (personne âgée (PECM), personne démunie ( procédure "fragilité sociale", mineurs en ambulatoire). La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité au travers du projet thérapeutique du patient (HAD, SSR) ou du projet de soins du patient (MCO, dialyse). Des fiches de liaison assurent la coordination et la transmission d'informations entre les services (fiches transfert) . L'organisation a défini les modalités de circulation de l'information; à titre d'exemple, les informations transmises en réunion CQGR sont ensuite diffusées par les responsables de service auprès de leurs équipes, en réunion de cadres, en réunion de service et par voie d'affichage. La prise en charge s'effectue par secteur ( MCO, SSR, HAD, Dialyse) .La répartition des patients s'effectue sur les 5 niveaux de l'établissement sur le site de TALANT ( niveau -1 dialyse, Rdc : ambulatoire, bloc, soins intensifs, 1er étage : MCO, court séjour gériatrique, UMCG, bureaux HAD; 2ème étage deux services médico-chirurgicaux; 3ème étage: Chirurgie, HJ et autodialyse . La répartition des patients s'effectue sur 3 niveaux sur le site de VALMY: -1 : HJ, niveau 0: UCC et gériatrie, niveau 1 : gériatrie, niveau 2 : nutrition. L'équipe de prise en charge dont la mission est de décliner le parcours du patient est composée le plus souvent dans chaque secteur du médecin, d'un infirmier, d'un aide-soignant, et des paramédicaux concernés par la prise en charge ; de la psychologue et la conseillère sociale selon les cas (UCC par exemple). L'équipe du parcours est pilotée par un médecin référent. Cela facilite une articulation

cohérente des missions et des compétences. L'organisation de la prise en charge du patient a pour support le dossier du patient où l'on retrouve définis :l'évaluation initiale médicale, les modalités de bilan, les bilans des paramédicaux ainsi que le projet thérapeutique ou projet de soins. Ce projet de soins ou projet thérapeutique, selon les secteurs, prévoit les modalités de concertation pluridisciplinaires, la réflexion bénéfique risque ainsi que la réévaluation du projet (selon la durée du séjour) et la traçabilité des actes .

## 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 pilotes en charge du processus, le cadre du secteur, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les cadres de secteur organisent des groupes de travail et des interventions dans des réunions pluridisciplinaires lorsqu'elles existent. Ces responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats lors des réunions de service ou par voie d'affichage. Les objectifs de cette thématique sont aussi présentés dans les instances ( CME, CQGR, CRUQ, CLAN, CLUD) et en réunions de service ou d'équipes). La démarche patient traceur est mise en place trimestriellement. La démarche CREX est initiée, la démarche RMM est effective. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, baisse de la satisfaction des patients sur certains items, contrôles hebdomadaires de dossiers patients, etc.).

### 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 professionnels sont périodiquement formés. De nombreuses actions de formation sont mobilisées pour la thématique du parcours patient : DU en soins palliatifs pour un médecin et une infirmière, DU douleur pour un médecin et trois infirmières, DU en stomathérapie pour une infirmière, DU plaies et cicatrisations pour une infirmière, actions de sensibilisation pour les soignants:soins palliatifs, risques médicamenteux, démarches d'éducation thérapeutique, chariot d'urgence, douleur, bientraitance, hygiène , patient traceur... Un chariot d'urgence est disponible à chaque étage ainsi qu'en dialyse et soins intensifs. Les règles du dispositif pour assurer les astreintes médicales 24h sur 24 sont définies et à disposition de l'ensemble des professionnels sur le site de Valmy.

Un interne est présent la nuit sur le site de Talant. Des réunions de synthèses, des bilans intermédiaires sont programmées. Des procédures de prise en charge du patient, par étape de prise en charge ( accueil, admission...) sont déclinées pour l'hospitalisation complète . La prise en charge en hospitalisation de jour est aussi organisée par étape sous forme de check list . Ces modalités prévoient l'organisation de la continuité des soins. S'y ajoute une procédure spécifique pour la sortie ( dont une check list). Cependant, le projet de soins personnalisé n'est pas toujours élaboré ou réajusté en fonctions d'évaluations périodiques en réunion pluridisciplinaire. Des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires sont effectives en UMCG, HAD et SSR ( dont l'UCC). Par contre, les réunions pluridisciplinaires ne sont pas effectives dans les services de dialyse et de soins intensifs (AP) et PT dialyse

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les réunions de pluridisciplinaires ( Médecins / IDE / AS /...), ne sont effectives dans chaque secteur. Dans les secteurs où elles existent (SSR, HAD, UMCG, UCC, nutrition) ou sont en cours de formalisation (médecine), elles permettent avec les bilans intermédiaires de réévaluer le projet thérapeutique ou le projet de soins. Cela a été conforté par les investigations "patients traceurs". Le risque suicidaire est identifié (procédure, présence de plusieurs psychologues, sollicitation possible d'un psychiatre). Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée (exemple : la traçabilité du dépistage et du suivi des troubles nutritionnels). Le patient traceur atteste qu'il existe une importante communication orale dans l'équipe pluridisciplinaire, pour autant l'ensemble des actions de soins se déplace dans les secteurs pour informer le patient des rendez-vous le concernant, l'infirmier coordonnateur en HAD et les infirmières dans les autres secteurs assurent cette mission. Il existe un programme d'éducation thérapeutique validé par l'ARS (insuffisance rénale). Un autre programme sera prochainement déposé en lien avec la prise en charge en obésité. Des conseils sont aussi donnés à la fois oralement et sous forme de livret : stomathérapie, anti-coagulants, effets secondaires au traitement en chimiothérapie. Les IDE référents hygiène, hémovigilance, soins palliatifs, éducation thérapeutique, dialyse péritonéale, plaies et cicatrisation et douleur renseignent les patients chaque fois que cela est nécessaire ou demandé par le patient. L'organisation de la prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est déclinée sur le terrain à titre d'exemples :

- pour les personnes âgées : PEC nutritionnelle et médicamenteuse spécifiques,

- pour les patients en situation de handicap : mise à disposition de matériel spécifique, à titre d'exemple: en cas de situation de handicap de la langue, un interprète est disponible.

Une check list de préparation à la sortie vient compléter les documents médicaux et paramédicaux remis au patient lors de sa sortie. Les responsables opérationnels des soins ou les infirmières accompagnent la préparation à la sortie. Des visites de préparation à la sortie sont parfois programmées et réalisées par l'ergothérapeute (SSR) ou l'infirmière référente qui effectue une visite tous les 6 mois en dialyse péritonéale. Les indicateurs HN sont conformes aux attendus de la HAS.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs IQSS, nombre de CREX et RMM, tableaux de bord des indicateurs par secteur, tableau de bord CREX, EPP, bilan des instances, bilan d'activité de la CQGR, taux de satisfaction des patients, évaluation de la satisfaction de l'entourage du patient, et par des enquêtes ponctuelles: bientraitance en juillet 2016 .

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. La lettre d'information est un des supports de communication, en complément des compte-rendu d'instances (CRU, CQGR, CLAN, identitovigilance, CLUD); des réunions de service, de l'affichage à l'accueil et dans chaque secteur et de la communication par le site internet .

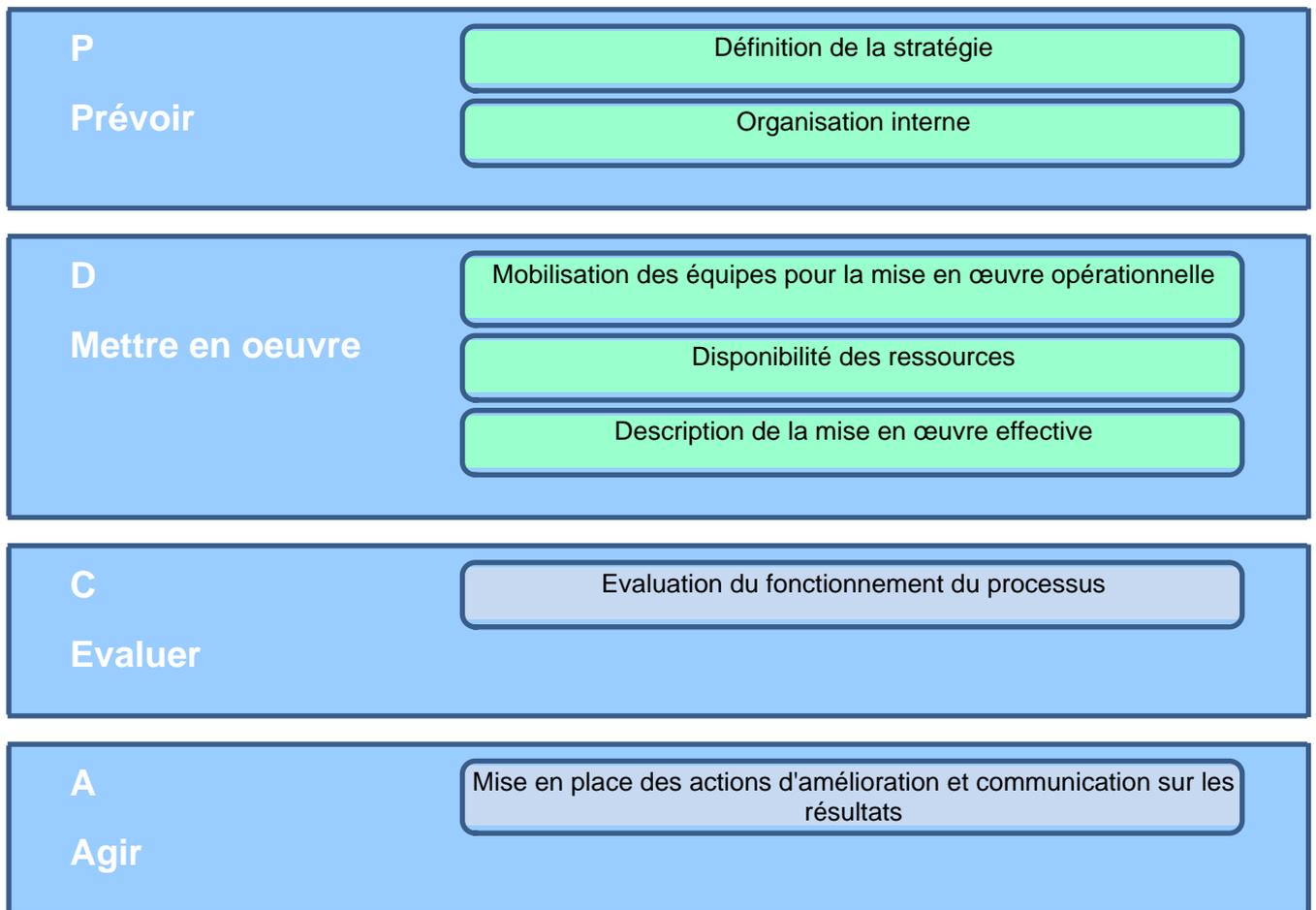
# DOSSIER PATIENT

## 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 identifié ses besoins et analysé ses risques avec les professionnels concernés. Les sources de données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont l'analyse de la conformité à la réglementation, le bilan de la dernière procédure de certification, les évaluations et les audits, les analyses des événements indésirables, les résultats des indicateurs IPAQSS, les EPP, les RMM, l'écoute des patients, des membres des instances, et des professionnels. Le suivi des plaintes et des réclamations est directement sous la responsabilité du directeur. La cartographie des risques est pluriprofessionnelle. Les résultats des indicateurs sont rassemblés sur un tableau de bord. Les points de vigilance identifiés sont notamment : la présence du consentement libre et éclairé dans le dossier ; le compte rendu de la RCP présent dans le dossier (seuls 53% des RCP sont retrouvés dans les dossiers) ; le compte rendu d'hospitalisation présent seulement dans 35% des dossiers de MCO. L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées pour les toutes les étapes de la gestion du dossier du patient de la création à son archivage, au regard des différents supports du dossier : papier et informatique. Le DME est le dossier médical de l'établissement ; informatisé il n'est encore déployé qu'en médecine, en court séjour gériatrie et dans le SSR Valmy. Le dossier persiste sous forme papier (DPU Dossier Patient Unique) en chirurgie, au bloc opératoire, en soins intensifs, et en chirurgie ambulatoire. Le dossier anesthésique est informatisé mais indépendant du DPI de l'établissement. Le problème des interfaces occasionné par ce double support est actuellement dominé. Les risques sont hiérarchisés de 1 à 5 selon la méthode définie par la HAS. Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients.

Il existe une politique de gestion du dossier du patient. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques. Elle est validée par les différentes instances et révisée régulièrement tous les trois mois par trois administrateurs formés au paramétrage informatique du dossier à déployer: la directrice des soins, la pharmacienne, et l'infirmier référent informatique. Elle fixe des objectifs d'amélioration par secteur d'activité notamment pour palier la mauvaise performance des indicateurs IPAQSS « Tenue du dossier patient » : compte rendu du courrier de fin d'hospitalisation, délai d'envoi du courrier. Elle couvre la gestion du dossier du patient et l'accès du patient à son dossier. La politique est diffusée à l'échelle de l'établissement par une « lettre info-qualité ». Il existe une stratégie de communication régulière des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers ainsi que des succès obtenus.

La mise en œuvre de cette politique est déclinée en un programme d'amélioration. Les actions sont issues d'initiatives institutionnelles et des équipes. Certaines actions sont spécifiques à certains secteurs d'activité. Ce programme précise, pour chaque action, les modalités de suivi et la communication des résultats. Exemples d'objectifs dans le cadre du programme d'amélioration : informatiser le dossier du patient dans toutes les unités de soins avant mars 2017; permettre l'accès au dossier informatisé du patient aux professionnels libéraux, à leurs cabinets et au laboratoire d'analyses médicales ; intégrer en les scannant les comptes rendus médicaux dans le dossier unique. 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 dont la CRUQPC. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier du patient à l'échelle de l'établissement. Ses missions, sa composition et son mode de fonctionnement sont définis. Elle assure le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés ou impliqués dans la politique du dossier du patient et sa mise en œuvre sont définis et précisés dans des fiches de mission et des fiches de poste. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil. Une personne référente est identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier dans le respect des délais définis. Ce comité de pilotage « dossier patient » est en relation avec le département de l'information médicale (DIM). Les personnes concernées sont: le médecin du département de l'information médicale (DIM) également coordonnateur des risques associés aux soins; les techniciens de l'information médicale (TIM); le référent IDE du dossier informatisé, spécifiquement formé par l'éditeur du logiciel, la cadre directrice des soins, la responsable des admissions et des archives.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) 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. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement.

Exemples de formation mises à disposition : formation aux applications informatiques du dossier du patient ; formation et sensibilisation aux règles de tenue et d'accès au dossier du patient; formation et sensibilisation aux règles d'accès au dossier par le patient. Des formations des nouveaux arrivants, des intérimaires et des étudiants (environ 200 par an, élèves infirmières et aides-soignantes) aux règles de tenue et d'accès au dossier sont organisées. Le temps de ces formations est d'une heure. Les processus sont identifiés et formalisés en fonction des besoins et des risques spécifiques. Le processus d'information des professionnels sur les règles de tenue et d'accès au dossier est en place.

L'établissement a défini un système de communication du dossier entre les professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes en temps utile. Les éléments pertinents sont alors imprimés ou photocopiés. L'établissement organise par une procédure spécifique l'accès du patient à son dossier conformément à la réglementation. Les modalités standards et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Les modalités spécifiques concernent l'accès au dossier des patients mineurs, des majeurs protégé, et aux ayants droit en cas de décès. Les besoins en procédures sont identifiés et formalisés. Elles sont adaptées à la taille de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion. Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés. Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition sur l'intranet de l'établissement. Les documents formalisés et diffusés concernent à minima : les règles de tenue du dossier par les professionnels qui prennent en compte les responsabilités des différents professionnels, les règles de confidentialité, la composition du dossier et les modalités de classement des différents éléments dans le dossier papier, les règles d'utilisation, les règles d'archivage, le dispositif d'évaluation. Les règles d'accès au dossier par les professionnels, comprennent les données issues des hospitalisations antérieures. Elles contiennent les règles d'accessibilité au dossier 24 h/24, les règles de confidentialité, les règles d'échange d'informations avec les professionnels d'autres services, les modalités de transmission des éléments utiles à la continuité des soins en amont et en aval du séjour hospitalier, les délais de communication du dossier en fonction du type de prise en charge.

Pour les services dont le dossier est informatisé, il est prévu des modalités de fonctionnement en mode dégradé. Les prescriptions médicamenteuses sont imprimées toutes les 12 heures au moment des transmissions. Une sauvegarde automatique est effectuée sur le serveur toutes les 10 minutes. Une sauvegarde journalière est effectuée sur un disque dur rangé dans une armoire sécurisée. Une sauvegarde hebdomadaire est externalisée sur le site de l'éditeur du logiciel.

Les besoins en supports d'information des patients sur leurs droits d'accès à leur dossier sont identifiés et les documents élaborés. Sont disponibles, le livret d'accueil du patient, la charte de la personne hospitalisée, des plaquettes d'information, et des fiches explicatives.

L'établissement a défini les outils et organisations permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient : des matériels et équipements (plan de maintenance) en vue du déploiement de l'informatisation qui devrait être généralisée dans tous les secteurs en mars 2017.

L'établissement a identifié et organisé des locaux d'archivage et les moyens techniques pour permettre d'assurer la conservation, l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Les dossiers sont conservés 10 ans sur le site, au sous sol dans des locaux sécurisés et adaptés. Au-delà, les archives sont externalisées sur un autre site dépendant de la mutualité. En hospitalisation à domicile (HAD), l'établissement a identifié et organisé les modalités de stockage du dossier au domicile des patients et les modalités d'accès aux informations garantissant la continuité des soins dans des délais raisonnables. Il y a deux dossiers, un qui reste au chevet du patient et un autre qui reste dans la structure. Les dossiers HAD sont encore des dossiers papier dans lesquels tous les éléments pertinents sont retrouvés. La coordination est effectuée par le médecin responsable salariée de l'établissement. Le projet de soins est élaboré par l'infirmière coordinatrice.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus, entre les différents acteurs et entre les secteurs d'activité : le département de l'information médicale, le coordonnateur qualité et gestion des risques également médecin DIM, les secrétaires médicales, les professionnels en charge des admissions et de l'archivage, et les professionnels des secteurs d'activité.

## **D / METTRE EN OEUVRE**

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le management des secteurs d'activité (médical, soignant et administratif) s'est saisi des enjeux liés au dossier du patient en lien avec les orientations de l'établissement. Il communique auprès de son équipe sur la politique du dossier du patient de l'établissement, 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. Il a identifié ses plans d'action et des 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 en matière d'accès au dossier et de tenue du dossier (respect des procédures, protocoles, consignes) et met en place des actions correctives en cas de non-maîtrise des pratiques ou de non-atteinte des objectifs fixés. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Elles connaissent les objectifs définis au sein de leur secteur et les mesures à mettre en place pour les atteindre. Elles participent à l'élaboration des protocoles et autres documents, aux évaluations du dossier du patient, à la déclaration, à l'analyse et au traitement des EI, des EIG, au traitement des plaintes et réclamations qui sont peu nombreuses. Des contrôles hebdomadaires sont réalisés sur trois dossiers « papier » tirés au sort et analysés selon une grille. Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité sur le dossier du patient et à ceux de l'établissement. Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les compétences des professionnels sont disponibles. Les professionnels en poste, les remplaçants, les intérimaires et les nouveaux arrivants sont formés. Dans les services concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et mis à jour. Les règles de tenue et d'accès au dossier sont accessibles aux professionnels concernés. Des documents d'information sont mis à disposition des patients. Les outils (papier ou informatique) permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité 24 h/24, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité permettant le stockage des dossiers.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient. Le dossier doit, au minimum, comporter les informations administratives sur l'identité du patient, la date et heure d'entrée, les coordonnées du médecin adresseur, les motifs d'hospitalisation, les antécédents et facteurs de risque, l'observation médicale d'entrée, les conclusions de l'évaluation clinique initiale, les prescriptions effectuées à l'entrée et au cours du séjour, le recueil actualisé des éléments de la prise en charge infirmière, la date et la nature des soins et examens complémentaires réalisés, les informations actualisées relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation. Le dossier d'anesthésie est informatisé. Il comprend notamment les antécédents et le traitement personnel du patient. Le compte-rendu opératoire est inséré dans le dossier lors de la sortie du patient. Les informations relatives à la prise en charge par d'autres intervenants : kinésithérapeute, diététicienne, psychologue notamment sont tracées. L'identité de la personne de confiance est toujours retrouvée. Les informations formalisées établies à la fin du séjour comprennent notamment la date de sortie. Il existe des fiches de liaison et des fiches trajectoires. Il existe une procédure de sortie contre avis médical. Le compte-rendu de la RCP de prise en charge du patient avant chirurgie bariatrique est retrouvé notamment dans le dossier du Patient Traceur. Chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance et son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel de santé qui a recueilli ou produit les informations. Les prescriptions médicales sont datées avec indication de l'heure et signées. L'identité du médecin prescripteur est mentionnée en caractères lisibles. La communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile, notamment en cas de transfert ou mutation. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation La conformité des délais d'accès au dossier est entre 2 et 8 jours, si les informations datent de moins de 5 ans; de moins de 2 mois, si les informations datent de plus de 5 ans.

Cependant, la tenue du dossier est hétérogène selon les services et les praticiens. Les documents signés de la réflexion bénéfice/risque avant intervention chirurgicale et du consentement éclairé ne sont pas systématiquement retrouvés dans les dossiers des patients de chirurgie. Ils ne figurent pas dans la checklist du patient opéré. Ces documents existent mais restent dans les dossiers personnels des praticiens. De plus, les chirurgiens ne tracent pas systématiquement leurs observations dans le dossier médical de l'établissement notamment en ce qui concerne l'évaluation initiale. Pour les patients opérés, préalablement passés en RCP de cancérologie, le document de synthèse reste dans le dossier personnel du chirurgien mais n'est pas systématiquement dans le dossier de l'établissement.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

À l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient.

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'activité et sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement. Le suivi régulier de la progression des indicateurs IPAQSS en particulier permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Le contenu du tableau de bord comprend, les indicateurs nationaux, les indicateurs régionaux, les indicateurs locaux. Les audits locaux visent à améliorer la traçabilité des informations dans les dossiers des patients et notamment les patients opérés tout au long de leur prise en charge. De nombreuses grilles de contrôles permettent de tester la validité des éléments tracés dans le dossier afin de préparer au mieux l'informatisation. 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 secteurs d'activité. Les résultats sont synthétisés dans le tableau de bord 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 du processus 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 à risque nécessitant une surveillance particulière, les dysfonctionnements répétitifs communs à tous les secteurs d'activité, les mesures complémentaires à prendre pour la révision du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les délais de mise en œuvre des actions d'amélioration sont respectés ou, le cas échéant, argumentés. Exemples d'évaluations réalisées ou consolidées à l'échelle de l'établissement : les indicateurs IPAQSS « Tenue du dossier patient » et « Sortie du patient », l'indicateur « Hôpital numérique » associé, le suivi du nombre de demandes d'accès au dossier par les patients, le délai d'accès au dossier par le patient.

## A / AGIR

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

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque. La politique de gestion du dossier du patient est ajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'action associé. Le programme d'amélioration associé est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations et 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. Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS). Les actions d'amélioration envisagées notamment avec le déploiement de l'informatisation du dossier concernent la rédaction du compte rendu de fin d'hospitalisation et la lettre de sortie sur lesquels l'établissement a beaucoup travaillé. Le service qualité travaille également sur l'optimisation de la feuille de PMSI.

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites sur la « lettre qualité » de l'établissement et lors des réunions des professionnels impliqués. Les résultats des indicateurs sont ainsi diffusés aux professionnels concernés.

L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CRUQPC sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier, sur le nombre de demandes d'accès au dossier, les délais de transmission des dossiers aux patients et le suivi des actions d'amélioration.

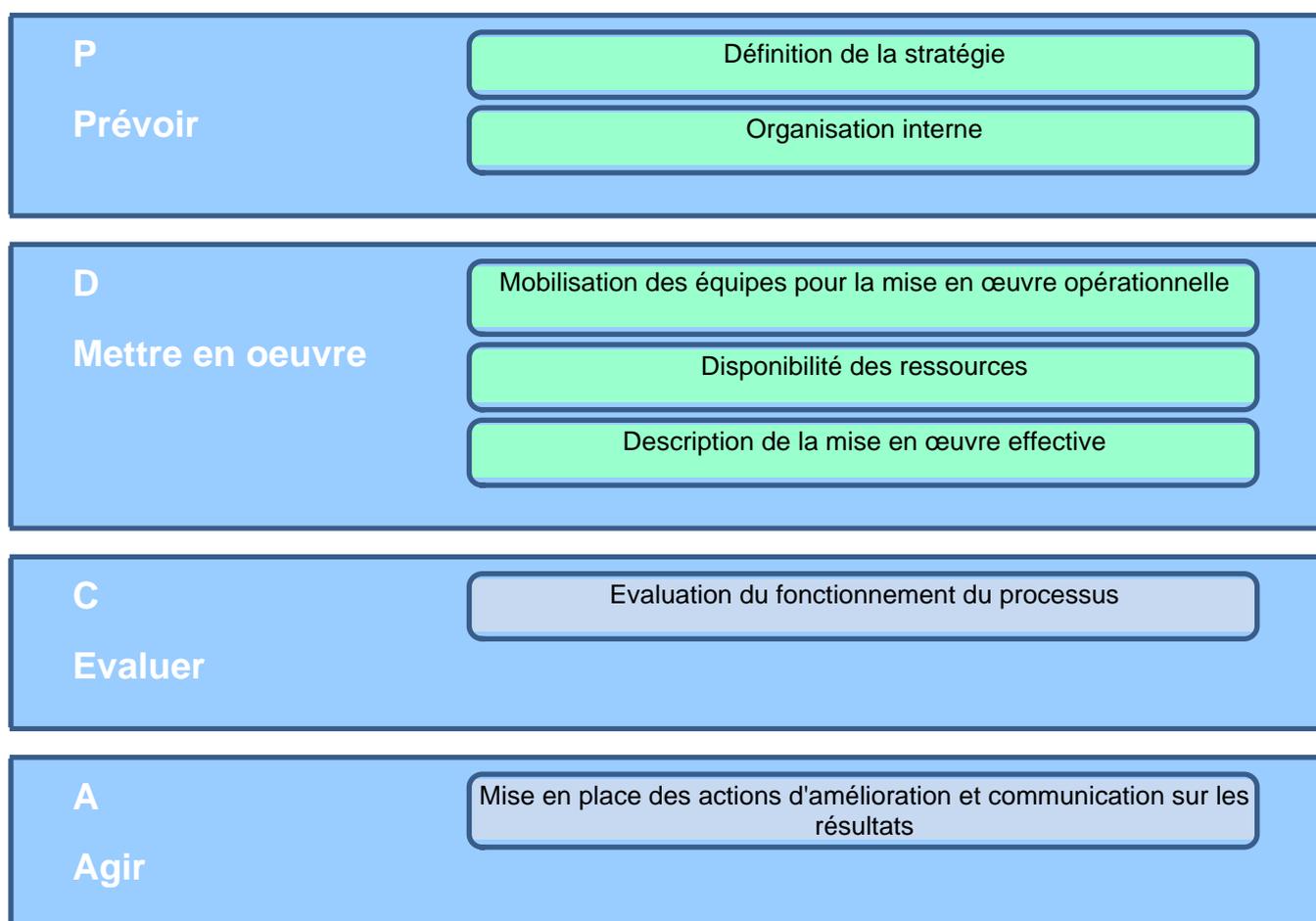
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

L'établissement dispose d'une Pharmacie à Usage Interne (PUI) et d'une unité de reconstitution des cytostatiques installées sur le site de Talant. Une antenne de la PUI est installée sur le site de Valmy.

L'établissement a formalisé sa politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse. Le document a été présenté en Copil qualité et gestion des risques et a été validé par la CME en juin 2016. Cette politique est également inscrite dans le projet d'établissement 2016-2019 et dans la politique qualité et sécurité des soins 2016-2020. Elle se décline en trois axes : poursuivre le développement de l'informatisation, garantir le bon usage du médicament et des dispositifs médicaux, développer la culture qualité et sécurité des soins.

Elle comporte des objectifs précis en lien avec le contrat de bon usage du médicament (CBUM) et les indicateurs IPAQSS. Elle intègre la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, en vue notamment de réduire la morbi-mortalité évitable.

L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées en équipe pluridisciplinaire en avril 2012 à l'aide de l'outil APAVE. Elles concernent toutes les prises en charge. Cette cartographie a été actualisée en 2016 eu égard à l'analyse des données propres à l'établissement à savoir :

- les résultats de l'analyse des événements indésirables dont l'analyse des risques a posteriori identifiés notamment dans le cadre des Comités de Retour d'Expérience (CREX)
- les différentes évaluations menées en interne (certification V3, audits, EPP,...),
- les résultats des indicateurs internes et externes dont hôpital numérique et IPAQSS
- l'évaluation de la conformité à la réglementation,
- l'évaluation de la conformité de l'établissement aux orientations et objectifs du CPOM,
- le contrat de Bon usage du médicament 2012-2016 (CBUM)

Une soixantaine de risques ont été évalués sur les différents secteurs de prise en charge. Ces risques ont été hiérarchisés selon les échelles (gravité, fréquence et maîtrise) à 5 niveaux de la HAS. Des risques prioritaires ont été identifiés:

- risque d'erreurs liées à la prescription manuscrite
- risque lié à une mauvaise connaissance du traitement du patient à l'entrée
- risque lié à un défaut de sécurisation du stockage des médicaments
- risque lié à l'autogestion des médicaments au SSR nutrition
- risque lié aux never events : prescription de méthotrexate
- risque lié aux never events : prescription d'insuline en péri opératoire
- risque lié aux never events : programmation des pousses seringues
- risque lié à la retranscription des IDE en dialyse

Ces huit risques prioritaires ont été reportés dans le compte qualité de l'établissement. Le pharmacien gérant est le pilote du processus. Il élabore, en lien avec le comité du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS), un plan d'actions sur qui est intégré au plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) global de l'établissement. Pour chaque action l'objectif, l'action, le pilote, les délais de réalisation et les modalités de suivi sont précisés. Les actions découlant des risques prioritaires sont reportées dans le compte qualité de l'établissement. Ce plan d'actions a été présenté en COMEDIMS (intégrée à la CME) en juin 2016.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de management de la prise en charge médicamenteuse. Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans le manuel d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse validé en 2016. Le pharmacien gérant est le pilote du processus et le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RM PECM). Il dispose d'une fiche de poste et de mission. L'organigramme de la PUI est défini et actualisé. Un comité du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS) est constitué. Ses réunions sont intégrées à celles de la CME (CME 2 réunions en 2015 + 6 bureaux de CME). Il assure le pilotage global du processus en y intégrant les problématiques liées aux fluides médicaux, aux anticancéreux. La commission des antibiotiques est intégrée au CLIN. Le COMEDIMS participe à la définition de la politique du médicament et des dispositifs médicaux à l'intérieur de l'établissement. Le suivi du programme d'actions est réalisé mensuellement par le pharmacien gérant en lien avec le service qualité.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de la disponibilité des ressources tant humaines, documentaires que matérielles. La pharmacie comprend 2,4 ETP de pharmaciens avec des compétences complémentaires notamment en matière d'oncologie. Ils sont aidés par sept préparateurs en pharmacie et un magasinier. Un pharmacien est embauché temporairement à raison de 2 ½ journées par semaine pour aider au déploiement de l'informatisation. Un plan de formation existe en fonction des risques et des besoins. Il cible les personnels des services de soins, de la PUI. Il existe un processus d'intégration et de formation des nouveaux arrivants pour sécuriser l'exercice de leur fonction : programme d'accueil des nouveaux arrivants est organisé par an, accompagnement par les professionnels en poste, etc. L'ensemble du circuit du médicament (prescription, dispensation, stockage, administration) est défini, formalisé dans le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les besoins des utilisateurs en procédures et protocoles (dont celles décrivant les modalités de manipulation et de préparation des chimiothérapies et celle de gestion des traitements personnels des patients) sont identifiés. Les règles de prescription et de d'administration sont formalisées. L'ensemble de cette documentation de référence est rédigé en association avec les professionnels, validé par le COMEDIMS puis intégré dans le système de gestion documentaire de l'établissement. Des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique et des outils d'aide à l'administration des médicaments sont validés, actualisés et mis à la disposition des professionnels. Ces outils sont, par exemple, le livret thérapeutique, des données de référence concernant la juste prescription chez la personne âgée, un guide de bon usage des antibiotiques, etc. Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés. Une rubrique « mes médicaments à la clinique » est présente dans le livret d'accueil.

Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est inscrit dans le contrat de bon usage des médicaments (CBUM). Ce projet est intégré au schéma directeur du système d'information. Le déploiement du projet est mis en œuvre depuis septembre 2012 et sera finalisé début 2017. Ce qui améliorera le taux de l'indicateur hôpital numérique « « taux de séjour disposant de prescriptions de médicament informatisées » et qui est actuellement de 50% (seuil exigible 40%). Au bloc opératoire, un logiciel spécifique permet de tracer les prescriptions médicamenteuses per opératoires et les informations des satellites de surveillances. L'accès à cet outil ne nécessite pas d'identifiant spécifique, de fait, il ne peut pas être tracer l'identité de celui qui saisit des données dans des situations telles que la prescription ou la traçabilité de l'administration des traitements. L'établissement suite au constat des experts a demandé à l'éditeur du logiciel de mettre en place cette fonctionnalité. La gestion des stocks est également informatisée. Un dispositif en mode dégradé est prévu en cas de panne informatique.

Les besoins des utilisateurs en locaux, matériels et équipements sont identifiés en association avec les professionnels. Ainsi, un local permettant de sécuriser la réception des médicaments en pharmacie à usager intérieur a été créé, des caisses ont été acquises en HAD, des clés supplémentaires d'armoires à pharmacie ont été distribuées. La maintenance préventive et curative des dispositifs médicaux, type pompe PCA morphine est organisée et suivie par le responsable en bio médical. L'établissement organise un système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre les professionnels et entre les secteurs d'activité.

La coexistence de supports papier et informatique est organisée. Pour exemple, une procédure définit les actions à mettre en œuvre en cas de transfert d'un patient avec dossier informatisé vers un service non informatisé.

Le transport des médicaments entre la PUI et les services de soins est organisé.

Les interfaces pharmacie / instances ou sous commissions type CLUD (antalgiques), CLIN (anti-infectieux) sont effectives. Les modalités de collaboration entre le référent antibiotique, le pharmacien et l'infectiologue sont définies.

Le pharmacien gérant, pilote du processus, collabore étroitement avec le service qualité et gestion des risques notamment en ce qui concerne les événements indésirables, le suivi du programme d'actions, le recueil des indicateurs.

Il est en relation avec les services administratifs (finances pour le plan d'équipement et d'investissement, ressources humaines pour la formation)

Les partenariats externes sont organisés : des conventions, des coopérations et des contrats de sous-traitance sont formalisés. On en retrouve, par exemple, pour la préparation magistrale et hospitalière, pour la préparation des chimio injectables.

## **D / METTRE EN OEUVRE**

### **MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Compte tenu des risques et des besoins, les cadres organisent, en lien avec les médecins et les pharmaciens, la déclinaison des axes stratégiques en actions d'amélioration dans les services de soins.

Ainsi, une réflexion a été menée par la cadre de dialyse, l'équipe infirmière, les médecins et le pharmacien pour définir une organisation évitant la retranscription des prescriptions par les infirmières dans le dossier de soins informatisé. Cette nouvelle organisation est en place, est respectueuse des règles de bonnes pratiques et est respectée par tous les intervenants. Les équipes connaissent les risques prioritaires de l'établissement et de leur secteur d'activité. Des professionnels de chaque service sont sensibilisés au bon usage des médicaments (notamment sur la pertinence des prescriptions, etc.) et aux spécificités de leur secteur au regard des types de prise en charge et populations accueillies. Ils ont été associés à l'identification et à l'analyse des risques pour la prise en charge médicamenteuse. En HAD, les fournisseurs ont été associés. Les professionnels participent au recueil et l'analyse collective des erreurs médicamenteuses, aux démarches d'EPP, etc. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. De nombreux audits et évaluations de pratiques professionnelles sont organisés. Les équipes ont accès aux résultats de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement. Ainsi, des notes d'information présentant les résultats de l'audit d'administration et les actions d'amélioration associées sont disponibles dans les salles de soins. Des actions correctives sont conduites suite à l'analyse des résultats des évaluations conduites : à titre d'exemple suite à un audit réalisé à l'URC par un organisme externe : la procédure d'habilitation des préparateurs en pharmacie a été revue, la gestion des déchets réorganisée, un manuel qualité rédigé.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des professionnels répondent aux besoins identifiés au niveau institutionnel dans le respect de la répartition réglementaire des compétences. Les professionnels bénéficient de formations périodiques adaptées. Des référents sont désignés pour l'antibiothérapie.

Un référent pharmaceutique est identifié dans le secteur de la dialyse, et le cadre est le référent pharmaceutique pour la gestion des stupéfiants et l'IADE au bloc. Le pharmacien gérant est désigné correspondant de pharmacovigilance, ses coordonnées sont à disposition des professionnels. Les pharmaciens, suivent régulièrement des formations en externe sur des thématiques telles que « la conciliation médicamenteuse ». Ces formations sont ensuite, et si besoin, présentées aux autres professionnels de l'établissement (par ex. formation à la « méthode Orion »). Les préparateurs en pharmacie sont formés, entre autres, à la préparation des médicaments cytotoxiques. Leurs compétences dans ce domaine sont évaluées une fois par an par observation des pratiques à l'aide d'une grille d'audit formalisée. En 2016, 50% des professionnels ont participé aux séances de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses. Le personnel médical bénéficie de conseil et d'accompagnement individualisés par les pharmaciens (rappel sur le bon usage des traitements, sur les conditions de validité d'une prescription, etc.). Ces règles de bonnes pratiques sont également reprises en CME. Au besoin, les laboratoires pharmaceutiques sont invités à présenter leur produit et les conditions d'utilisation directement aux équipes. L'accompagnement des professionnels à l'utilisation du logiciel informatique est assuré. Une liste des prescripteurs habilités est disponible à la pharmacie et est mise à jour régulièrement. Les équipes médicales et paramédicales disposent d'outils d'aide à la prescription ou à l'administration. Ces documents sont actualisés, connus des professionnels et accessibles sur la base gestion documentaire institutionnelle. Au besoin, des avis compétents peuvent être recherchés en interne ou en externe.

Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles et conformes aux exigences réglementaires dans les secteurs de soins et à la PUI. Ils sont sécurisés. La préparation des chimiothérapies bénéficie de locaux dédiés et d'équipements conformes. Des chariots d'urgence sont disponibles sur tous les étages : leur contenu est concerté, ils sont scellés et leur vérification est tracée. A ce jour, l'informatisation est effective sur le SSR (site de Valmy) et se poursuit en chirurgie, médecine et HAD. Le système de sauvegarde des ordonnances est opérationnel. Les utilisateurs disposent de postes informatiques fixes et portables. La maintenance curative des dispositifs médicaux est réalisée par le responsable bio médical dans des délais jugés acceptables par les équipes de soins.

### 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, ce que confirme les observations faites lors de l'audit de processus et lors des investigations « patient traceur ». Les professionnels connaissent et respectent les règles, protocoles, procédures, l'organisation établie et les circuits définis. La permanence pharmaceutique est effective. L'accès à la pharmacie à usage intérieur est strictement réservé aux pharmaciens. Une réponse aux besoins urgents est apportée par la pharmacie aux heures ouvrables, par une officine de ville ou par la pharmacie à usage intérieur du CHU de Dijon en dehors des heures ouvrables. Une organisation est en place pour répondre aux prescriptions « hors livret ». Pour les services non informatisés, des supports de prescription validés et actualisés sont en place : support pour la prescription d'antibiotique, support de prescription post anesthésique comportant le traitement habituel du patient, support pour les « prescriptions complémentaires ». L'administration est tracée sur ces mêmes supports.

La nuit, l'anesthésiste ou le médecin de garde prescrivent les traitements en cas d'urgence. En cas de prescription faite en urgence par oral, les médecins sont tenus de régulariser la prescription par écrit dans les 24 h00. Des organisations sont en place pour garantir le respect des dispositions établies. Il s'agit notamment d'un classeur « régularisation des prescriptions ». La réévaluation de l'antibiothérapie à 72h00 est effective. En SSR, l'informatisation complète du circuit du médicament permet d'assurer le respect des règles de prescription. Les indicateurs IPAQSS confirment la conformité de la rédaction des

prescriptions médicamenteuses en cours de séjour ou de sortie.  
En revanche, les résultats de l'indicateur IPAQSS sur des données 2015 montrent que la rédaction des prescriptions médicamenteuses est perfectible en MCO. L'informatisation complète des services et la poursuite des actions de sensibilisation corrigeront rapidement cet écart.

La gestion du traitement personnel est assurée à l'arrivée et à la sortie du patient, conformément à la procédure connue. La continuité des traitements médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est effective. Le traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation est pris en compte lors de l'évaluation médicale initiale et lors des prescriptions de sortie. L'établissement prévoit de développer la conciliation médicamenteuse. Les traitements peuvent être fournis en cas de transfert entre services de la clinique ou vers un autre établissement. L'analyse pharmaceutique et la délivrance nominative sont en place pour les chimiothérapies, les médicaments dérivés du sang, les molécules onéreuses. La dispensation est réalisée dans une armoire mobile sécurisée (dotation globale par service) et dans des chariots mobiles sécurisés (dotation nominative pour une semaine). Les médicaments sont acheminés par la pharmacie vers les unités de soins. Le conditionnement des médicaments permet de garantir leur identification jusqu'au moment de l'administration. En cours de semaine, les nouveaux traitements sont acheminés par la pharmacie dans des caisses sécurisées. La préparation des chimiothérapies est sous la responsabilité du pharmacien et respecte les bonnes pratiques pharmaceutiques.

Les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments sont respectées, y compris pour les médicaments à risque ou devant être conservés au froid. La vérification des médicaments périmés est assurée avec traçabilité. Les médicaments à risque ont fait l'objet d'une identification par famille de médicaments : les stupéfiants, les quinolones, les anticoagulants, les électrolytes et les chimiothérapies. Une liste de ces médicaments est présente dans le livret thérapeutique. En HAD, les stupéfiants font l'objet d'une sécurisation adaptée pour le transport et le stockage au domicile du patient (« mallette morphinique »). La préparation des traitements est assurée par les IDE juste avant l'administration au patient.

Les bonnes pratiques d'administration sont mises en œuvre (hygiène, identité-vigilance, contrôle de la prescription et du produit, etc.). Les injectables sont préparés extemporanément. Les règles de sécurisation de l'administration des anticancéreux sont appliquées. La traçabilité de l'administration ou de la non administration des médicaments est assurée en temps réel par les infirmières selon les procédures définies. Elle se fait soit directement sur informatique, soit sur les supports papier.

L'information du patient sur son traitement et ses effets secondaires est réalisée par le médecin au moment de l'introduction des traitements comme par exemple les anticoagulants, l'insuline, les chimiothérapies. Au besoin, des fiches spécifiques d'information peuvent être remises au patient (par ex. sur la chimiothérapie). Une affiche « les 10 commandements du patient co-acteur de sa prise en charge médicamenteuse » existe.

Les professionnels déclarent les événements indésirables liés à la prise en charge médicamenteuse (2014 :29 signalements, 2015 : 48, 2016 : 58 au 30 septembre) et participent aux CREX. Ils connaissent la procédure à appliquer en cas de panne informatique. Utilisation des « cueillettes » (impressions bi journalières des prescriptions) par les médecins pour retranscrire les traitements sur le support unique papier de prescription / administration. Les interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles. Les comptes rendus de la CME sont diffusés aux professionnels.

Cependant, il a été constaté que les règles de prescription n'étaient pas toujours respectées au bloc opératoire. Les IADE tracent dans le logiciel l'administration des produits conformément à la prescription. Dans les cas observés, il n'a pas été retrouvé de trace de l'identification du prescripteur.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de la politique de sécurisation du circuit du médicament sont assurés régulièrement par le pharmacien en lien avec le service qualité. Ces derniers disposent d'indicateurs quantitatifs : consommations d'antibiotiques, indicateurs IPAQSS, CBUM, ICATB ou hôpital numérique, nombre d'événements indésirables, indicateurs issus des audits, etc. Ils disposent également de données qualitatives :

- résultats issus des évaluations « patient traceur », des EPP comme par exemple, pertinence des prescriptions d'antibiotiques, conformité de la prescription chez le sujet âgé, etc.
- analyse des erreurs médicamenteuses dont les événements indésirables graves.

Ces fiches et les dysfonctionnements constatés sont analysés en réunion pluridisciplinaire associant les

pharmaciens, le service qualité, les cadres, le coordonnateurs de la gestion des risques. Ce groupe définit les actions à mettre en œuvre et s'assure de leur effectivité. Au besoin des CREX sont organisées. Le bilan des actions visant le bon usage des médicaments est réalisé dans le cadre du bilan de la démarche qualité et sécurité des soins. Ce bilan est largement diffusé aux professionnels concernés et en CME.

## A / AGIR

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

La clinique met en œuvre un dispositif d'amélioration continue de l'ensemble du processus à l'échelle de l'établissement permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation. Le suivi des actions d'amélioration et du résultat des évaluations permet de réexaminer les risques significatifs. Le dispositif d'amélioration continue permet :

- la prise en compte des avis et de la participation des professionnels à l'élaboration de la révision du plan d'actions ;
- la détermination de nouveaux objectifs d'amélioration de la qualité et de traitement des risques mesurables au regard du/des bilan(s) ;
- la révision de la stratégie.

Ainsi, à titre d'exemple on peut citer, suite à la mise en place de l'informatisation, l'action d'évaluation initiée par le pharmacien gérant visant la sécurisation des prescriptions : mise en place d'un tableau de suivi des anomalies, campagne de sensibilisation, accompagnement individuel à l'utilisation de l'outil informatique, présentation des actions et des résultats en CME. Ces actions ont permis la réduction significative du nombre de prescriptions non conformes. De même, les évaluations permettent de revoir les exigences relatives aux fonctionnalités du logiciel comme la mise en place d'une alerte bloquante en cas de non réévaluation de l'antibiothérapie. Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites aux professionnels de la PUI et des secteurs de soins.

Les résultats des actions menées et des évaluations sont communiqués lors des réunions plénières des instances, par le biais de la lettre d'information diffusée à tous les salariés et aux professionnels concernés lors de réunions de service ou de réunions spécifiques.

Les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) menées et les résultats sont également présentés en commission EPP. Chaque instance établit un bilan annuel de ses actions et de l'atteinte de ses objectifs transmis au service qualité et gestion des risques. Ces bilans servent de base à l'élaboration du bilan annuel présenté en CME. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés. Les indicateurs, résultats et les succès obtenus sont communiqués en interne et en externe, notamment aux professionnels et aux usagers.

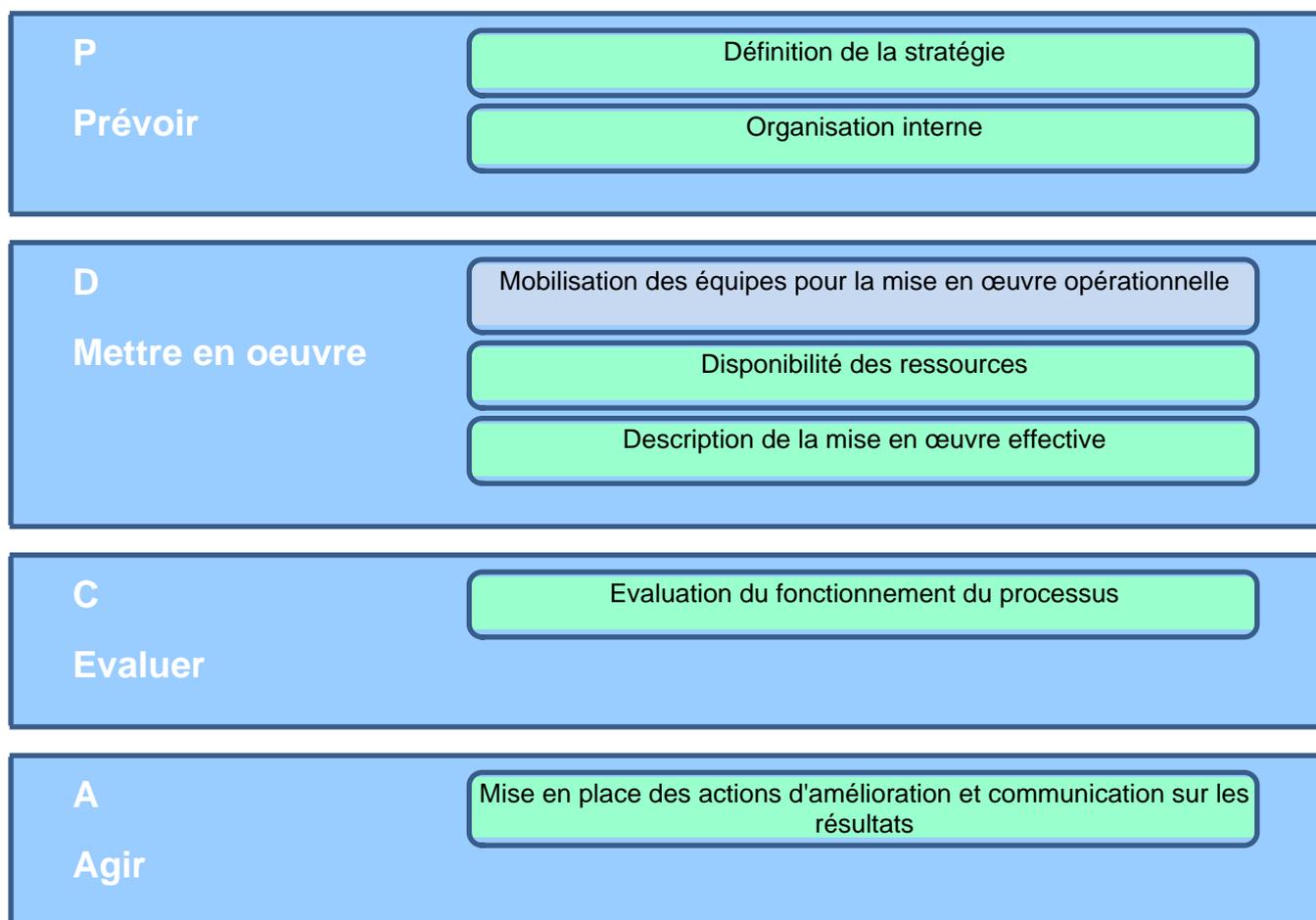
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a une stratégie de développement dans un contexte local concurrentiel, notamment le regroupement de trois cliniques privées sur une seule nouvelle structure et d'un CHU aux blocs opératoires récents. Elle tient compte de son contexte historique : le site de Talent a été construit en 1978, avec depuis plusieurs rénovations partielles. L'établissement précise que s'il peut envisager, sans extensions, de nouvelles activités, il devra réaliser des mises à niveau au sein de son bloc opératoire, par exemple : le système de ventilation ou le flux de circulation des patients. Elle intègre également sa situation régionale, avec par exemple la pertinence de réaliser ces travaux coûteux, face à une concurrence se retrouvant dans des locaux neufs. L'identification des différentes filières intervenant au bloc opératoire est déclinée par spécialité, et dans certains cas pas typologie d'intervention. Cette stratégie est validée par le bureau de la CME (émanation de la CME, avec la présence de plus de 10 médecins, de la direction, d'un pharmacien et de la directrice des soins), puis par la CME. Elle est élaborée sur une cartographie des risques réalisés par l'ensemble du personnel. Elle intègre la précédente certification, ainsi que les déclarations d'incidents. Cette stratégie est allée jusqu'à la réfection complète de la salle « 5 » du bloc, protection aux rayons X et mise en place du flux laminaire ISO 5 compris. La politique qualité et sécurité des soins 2016-2020, met en axe ce secteur à risque après présentation aux instances. Le compte qualité s'appuie sur le plan d'action qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

La prise en charge du patient en chirurgie programmée, en chirurgie ambulatoire ou en chirurgie d'urgence est organisée. Il existe des pilotes institutionnels composés du cadre de santé du bloc opératoire-endoscopie et de la cadre responsable des services de chirurgie conventionnelle et de chirurgie ambulatoire. Ils alimentent directement le Compte Qualité (CQ). Il existe une fiche de poste (commune aux différents pilotes de processus de l'établissement). Il y a une description claire de l'organisation des salles selon les spécialités, ainsi que les ressources humaines nécessaires par salle.

Le bloc opératoire est accessible par trois entrées. La première est celle utilisée par le personnel, avec respect de la marche en avant. La seconde est utilisée pour les patients venant pour des soins externes, avec deux box de déshabillage donnant accès au bloc sur le secteur « urgences » (nom historique qui est resté, de cette partie de la zone aseptique). Ce dernier comporte 3 salles, dont une spécialement dédiée à l'endoscopie. La lithotritie se fait également sur cette zone. Ces deux secteurs sont accessibles par une passerelle fermée débutant au fond du service d'hospitalisation ambulatoire et rejoignant le bloc dans une autre aile de l'établissement au même niveau 0. Le dernier accès est à proximité de l'entrée du service ambulatoire. Ces deux entrées sont séparées de l'accueil de l'établissement par une porte coulissante opaque. Le Bloc a des ascenseurs dédiés pour les services de chirurgie conventionnelle (situé essentiellement au niveau 3, une unité étant présente au deuxième étage). Il débute par la zone de transfert, permettant le changement de vecteur de transport. Il s'ouvre sur les deux parties du bloc opératoire aseptique. L'une sur les salles « d'urgence » et l'autre contenant les 5 salles du « grand bloc ». Ce dernier contient d'abord la salle 5, puis perpendiculairement les 4 autres salles regroupées par deux. La salle 5 compte tenu de son flux laminaire est dédiée à la chirurgie utilisant des DMI, l'ensemble des autres salles est en épuration aérienne de classe ISO 7. L'ensemble des salles du grand bloc donne sur la SSPI (Salle de Surveillance Post interventionnelle) comportant 10 places.

L'organisation est structurée pour l'échange d'information et la coordination entre les différents secteurs sur la prise en charge péri-opératoire, facilité par la taille humaine de la clinique. Cela inclut l'équipe opérationnelle d'hygiène, le service d'admission, le service de brancardage, le laboratoire... Mais également le laboratoire réalisant les examens anapathologiques incluant les extemporanées. L'organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires. Les niveaux de responsabilités sont clairement précisés par catégorie professionnelle. Il n'y a pas de dépôt d'urgence de produits sanguins labiles. Il a été estimé que la durée du trajet de 20 minutes entre l'EFS et le bloc opératoire est suffisante. Il existe un récupérateur de sang autologue per-opératoire. Les chirurgiens viscéraux, urologiques et orthopédistes participent à l'astreinte sur le service d'urgence privée du secteur dijonnais, avec transfert si besoin sur l'établissement. Il existe une priorisation des risques, 8 ont été retenus.

Les interfaces à risque répertoriés sont clairement listés, avec des actions d'amélioration notifiées. Il existe des fiches de postes par corps de métier (12 sont retrouvées) précisant les rôles et responsabilités de chacun. Par exemple une logisticienne assure le suivi des approvisionnements des DMI (Dispositifs Médicaux Implantables) et de certains dispositifs médicaux stériles. La communication aux professionnels est organisée et utilise le conseil de bloc, la GED, les réunions de service, la lettre Info Qualité...

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les plans d'action sont établis par l'association des risques identifiés par les opérateurs finaux lors de réunions (5 entre 2015 et 2016) en s'appuyant sur la précédente cartographie. Mais également par la déclinaison de la démarche institutionnelle. La sensibilisation du personnel est réalisée par la cadre de santé ou les infirmières référentes : il en existe deux pour chaque spécialité médico-chirurgicale. Les responsables mettent en place des audits internes pour s'assurer de la conformité des pratiques (par exemple en 2013 sur l'évaluation des pratiques d'hygiène au bloc). On en retrouve une externe : « mission d'accompagnement sur le bloc opératoire » en 2015. La remontée d'information se fait aussi par les déclarations d'événements indésirables, accessible sur un espace partagé, les RMM ou les CREX (une de chaque, en 2016), avec programme d'action et modification de procédure. Les résultats sont transmis au personnel, et ce d'autant plus facilement qu'il est limité et stable, par les cadres de santé qui sensibilisent directement les professionnels sur les risques. La majorité vient de la cartographie issue des réflexions de ces derniers. Les résultats sont affichés, disponibles dans l'espace informatique partagé et délivré lors des changements d'équipe journalière.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines intègrent une prévision des départs très anticipés, comme celle du départ en retraite d'un agent l'année prochaine. Le nombre de spécialités chirurgicales présentes est important. Il existe, entre autres, 13 IDE, 8 IADE, 4 IDE en SSPI (Seuls les 8 IADE sont soit salariés de la clinique soit de la SELARL des anesthésistes. Les autres professionnels sont salariés de la clinique.). Une organisation pour les nouveaux arrivants est réalisée. Les formations sont suivies, régulières, tenant compte des différentes spécialités, ou des nécessités institutionnelles. Il y a par exemple 2 IADE formés à l'hypnose. On retrouve cela dans un plan de formation. La formation AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) a été suivie en 2016 par 37% du personnel. La plupart ont eu la formation au chariot d'urgence. Elles sont réalisées par deux personnes du bloc opératoire formateur. 80% du personnel paramédical a suivi la formation sur la radioprotection.

On retrouve des locaux disponibles, permettant une circulation fluide des patients et du personnel. Il existe une organisation du matériel, dont celui de stérilisation, avec une adaptation au problème d'une externalisation commune avec celles des autres établissements privés comme publics Dijonnais, et ne donnant pas satisfaction, à la vue des EI et risques identifiés dans le Compte Qualité, avec une criticité le plaçant en deuxième position. Il existe un chariot d'urgence scellé en SSPI, avec le matériel nécessaire, pédiatrique compris, compte tenu de l'activité de ce bloc.

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 et sécurité des soins. Le système documentaire général est informatisé. L'accès est difficile en salle d'opération, un seul poste en SSPI (point central du bloc opératoire) d'où l'existence de classeurs dans certaines salles comme nous avons pu l'observer reprenant les procédures. Ils sont mise à jour par le cadre du bloc. La documentation s'appuie sur les bonnes pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. L'ensemble de l'organisation est formalisé dans la charte du bloc opératoire validée par le conseil du bloc. La dernière validation date de 2012, année de la précédente certification. La mise jour est en cours de signature.

Il existe au sein du bloc opératoire, depuis 2013 un « robot », plus précisément une machine dirigée par un chirurgien pour réaliser des opérations, permettant une plus grande aisance en chirurgie minimale-invasive. Les DMI sont suivis informatiquement par le progiciel dossier patient de l'établissement en cours de déploiement.

La régulation des activités du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est réalisée. L'absence d'outil informatique (prévu pour l'année 2017) demande une organisation humaine protocolée et spécifique. L'établissement n'a pu remplir l'indicateur Hôpital Numérique dont le seuil des interventions programmées devrait être supérieur à 90%.

Cependant, les pratiques professionnelles ne peuvent pas toujours s'appuyer sur des pratiques de référence. Il a pu nous être fourni moins de 25% des attestations de formation obligatoire des chirurgiens sur la radioprotection des radiations ionisantes en bloc opératoires tant sur le personnel (article R.4453-4 et R. 4453-7 du code du travail, validité 3 ans) que sur les patients (article L.1333-11 du code de santé publique, validité de 10 ans).

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation de la programmation est saisie par la secrétaire après validation du cadre du bloc. Elle reçoit par fax la demande d'inscription sur la plage opératoire. Sa présence au sein du bloc permet une

validation facilitée par le chef du bloc ou son remplaçant, puis un anesthésiste. Le système n'étant pas informatisé, un tableur informatique est utilisé. L'ensemble du personnel connaît l'organisation définie, la taille de la structure étant facilitatrice. Les protocoles sont disponibles par intervention chirurgicale ou par praticien. Les circuits sont respectés, par exemple le type de geste (externe, chirurgie ambulatoire, hospitalisation complète) ou la sécurité du patient avec la présence de 6 check-lists différentes. On retrouve par exemple une attention particulière pour l'identitovigilance des mineurs où un contrôle d'identité se fait au sein du service, en présence des parents pose du bracelet d'identité compris. ce dernier est systématique pour l'ensemble des patients allant au bloc. La traçabilité est organisée et effective que ce soit informatiquement (compte rendu per opératoire) ou sur le dossier papier (prescription médicale). Elle inclut les vérifications effectuées, dont le suivi des armements (départ et retour avec accès au système informatique de la société stérilisant le matériel) et le logiciel de suivi des DMI (logiciel patient en cours de déploiement sur la clinique). Il existe une recherche d'amélioration permanente, avec des audits (check-list, dont la voie veineuse périphérique...), des EPP (antibioprophylaxie péri-opératoire). Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont opérationnels (62 fiches de déclaration sur les 626 en 2016) et utilisés, avec implication des professionnels. Il existe une organisation du retour d'expérience que ce soit par le cadre de santé, les référents, l'affichage sur la zone de passage obligatoire d'accès au bloc du personnel y intervenant, les relèves, les comptes rendus de réunions, et par le système documentaire informatisé spécifique.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le recueil des événements indésirables est régulier, avec la possibilité outre l'outil papier d'utiliser un numéro d'appel unique. Leurs analyses sont réalisées par la cellule qualité et gestion des risques. L'évolution est accessible par le retour de l'encadrement, facilitée par la taille de l'établissement. On retrouve des indicateurs. Cela peut être quantitatif (activités par spécialités, taux d'occupation de salle, par exemple ou qualitatif (taux de remplissage de la check-list du bloc, nombre d'événements indésirables, audit infectieux...). Les indicateurs nationaux sont suivis. Par exemple les IPAQSS tenues du dossier d'anesthésie sont à 93% pour 2016. Le Compte rendu opératoire a été retrouvé dans 100% des cas. L'évaluation des pratiques professionnelles est suivie sur le tableau de bord EPP (par exemple EPP sur le respect de l'antibioprophylaxie). Il n'y a pas eu de plaintes ou réclamations en 2015. Le processus est également évalué une fois par an. Un compte rendu est diffusé. L'établissement a mis en œuvre la méthode des patients traceurs pour l'évaluation des pratiques.

## **A / AGIR**

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

Les actions mises en œuvre dans le cadre du processus Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel. On retrouve par exemple la mise aux normes de la salle 5 du grand bloc avec mise en place d'une centrale d'air et d'un flux laminaire. Des contrôles de conformité des pratiques sont mis en œuvre. Les cadres sont sensibilisés dans le suivi des indicateurs. On peut voir, par exemple, le cadre du bloc calculer non informatiquement les taux de remplissages des plages opératoires selon les intervenants. Le recueil et l'analyse des EI sont réalisés avec implication des professionnels (62 en 2016). L'organisation du retour d'expérience est effective et suivie. On retrouve 1 à 2 CREX et RMM par an. Le programme d'amélioration est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints.



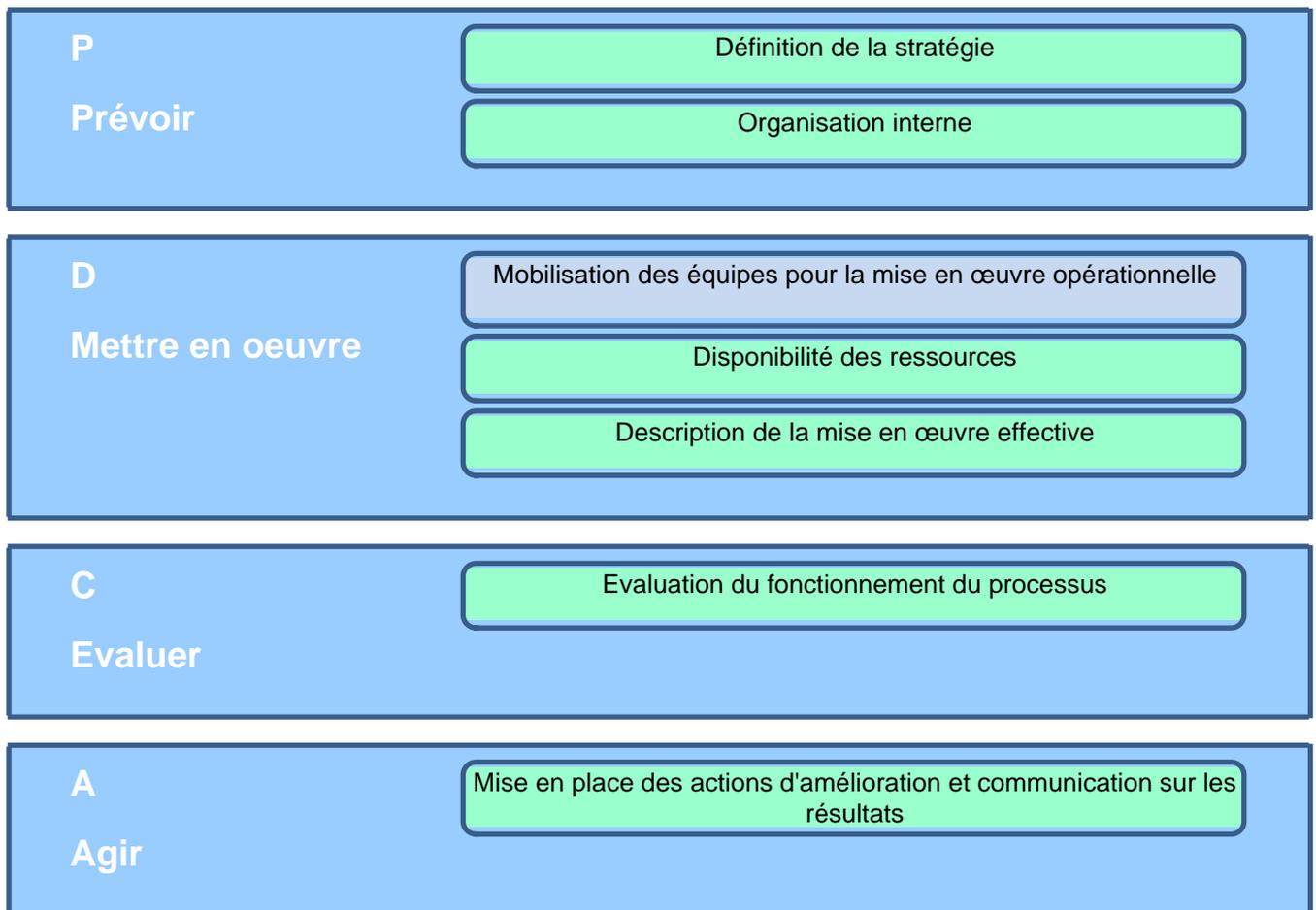
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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 démarche, tant stratégique que qualité, du secteur endoscopique est incluse dans celle du bloc opératoire, compte tenu de la communion de salles, de personnels non médicaux et médicaux. L'établissement a une stratégie de développement dans un contexte local concurrentiel, notamment le regroupement de trois cliniques privées sur une seule nouvelle structure et d'un CHU aux blocs opératoires récents. Elle tient compte de son contexte historique : le site de Talent a été construit en 1978, avec depuis plusieurs rénovations partielles. L'établissement précise que s'il peut envisager, sans extensions, de nouvelles activités, il devra réaliser des mises à niveau au sein de son bloc opératoire, par exemple : le système de ventilation ou le flux de circulation des patients. Elle intègre également sa situation régionale, avec par exemple la pertinence de réaliser ces travaux coûteux, face à une concurrence se retrouvant dans des locaux neufs. L'identification des différentes filières intervenant au bloc opératoire est déclinée par spécialité, et dans certains cas pas typologie d'intervention. Cette stratégie est validée par le bureau de la CME (émanation de la CME, avec la présence de plus de 10 médecins, de la direction, d'un pharmacien et de la directrice des soins), puis par la CME. Elle est élaborée sur une cartographie des risques réalisés par l'ensemble du personnel. Elle intègre la précédente, ainsi que les déclarations d'incidents. Cette stratégie est allée jusqu'à la réfection complète de la salle « 5 » du bloc, protection aux rayons X et mise en place du flux laminaire ISO 5 compris. La politique qualité et sécurité des soins 2016-2020, met en axe ce secteur à risque après présentation aux instances. Le compte qualité s'appuie sur le plan d'action qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

La prise en charge du patient en endoscopie, est organisée. Il existe des pilotes institutionnels composés du cadre de santé du bloc opératoire-endoscopie et de la cadre responsable des services de chirurgie conventionnelle et de chirurgie ambulatoire. Ils alimentent directement le Compte Qualité (CQ). Il existe une fiche de poste (commune aux différents pilotes de processus de l'établissement) .

Il y a une description claire de l'organisation des salles selon les spécialités, ainsi que les ressources humaines nécessaires par salle.

Le bloc opératoire est accessible par trois entrées. La première est celle utilisée par le personnel, avec respect de la marche en avant.

La seconde est utilisée pour les patients venant pour des soins externes, avec deux box de déshabillage donnant accès au bloc sur le secteur « urgences » (nom historique qui est resté, de cette partie de la zone aseptique). Ce dernier comporte 3 salles, dont une spécialement dédiée à l'endoscopie. La lithotritie se fait également sur cette zone. Ces deux secteurs sont accessibles par une passerelle fermée débutant au fond du service d'hospitalisation ambulatoire et rejoignant le bloc dans une autre aile de l'établissement au même niveau 0. Le dernier accès est à proximité de l'entrée du service ambulatoire. Ces deux entrées sont séparées de l'accueil de l'établissement par une porte coulissante opaque. Le Bloc a des ascenseurs dédiés pour les services de chirurgie conventionnelle (situé essentiellement au niveau 3, une unité étant présente au deuxième étage). Le bloc débute par une zone de transfert permettant le changement de vecteur de transport. Il s'ouvre sur deux parties du bloc opératoire aseptique. L'une sur les salles "d'urgence" et l'autre contenant 5 salles "du grand bloc" dont la salle 5 en classe ISO 5. L'ensemble des autres salles est en épuration aérienne de classe ISO 7. L'ensemble des salles du grand bloc donne sur la SSPI (Salle de Surveillance Post interventionnelle) comportant 10 places. L'organisation est structurée pour l'échange d'information et la coordination entre les différents secteurs sur la prise en charge péri-opératoire, facilité par la taille humaine de la clinique. Cela inclut l'équipe opérationnelle d'hygiène, le service d'admission, le service de brancardage, le laboratoire. L'organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires. Les niveaux de responsabilités sont clairement précisés par catégorie professionnelle. Il n'y a pas de dépôt d'urgence de produits sanguins labiles. Il a été estimé que la durée du trajet de 20 minutes entre l'EFS et le bloc opératoire est suffisante. Il existe un récupérateur de sang autologue per-opératoire. Les chirurgiens viscéraux, urologiques et orthopédistes participent à l'astreinte sur le service d'urgence privée du secteur dijonnais, avec transfert si besoin sur l'établissement. Il existe une priorisation des risques, 7 ont été retenus. Les interfaces à risque répertorié sont clairement listées, avec des actions d'amélioration notifiées. Il existe des fiches de postes par corps de métier (12 sont retrouvées) précisant les rôles et responsabilités de chacun. Par exemple une logicienne assure le suivi des approvisionnements des DMI (Dispositifs Médicaux Implantables) et de certains dispositifs médicaux stériles. La communication aux professionnels est organisée et utilise le conseil de bloc, la GED, les réunions de service, la lettre Info Qualité...

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les plans d'action sont établis par l'association des risques identifiés par les opérateurs finaux lors de réunions (5 entre 2015 et 2016) en s'appuyant sur la précédente cartographie. Mais également par la déclinaison de la démarche institutionnelle. La sensibilisation du personnel est réalisée par la cadre de santé ou les infirmières référentes : il en existe deux pour chaque spécialité médico-chirurgicale. Les responsables mettent en place des audits internes pour s'assurer de la conformité des pratiques (par exemple en 2013 sur l'évaluation des pratiques d'hygiène au bloc). On en retrouve une externe : « mission d'accompagnement sur le bloc opératoire » en 2015. La remontée d'information se fait aussi par les déclarations d'événements indésirables, accessible sur un espace partagé, les RMM ou les CREX (une de chaque, en 2016), avec programme d'action et modification de procédure. Les résultats sont transmis au personnel, et ce d'autant plus facilement qu'il est limité et stable, par les cadres de santé qui sensibilisent directement les professionnels sur les risques. La majorité vient de la cartographie issue des réflexions de ces derniers. Les résultats sont affichés, disponibles dans l'espace informatique partagé et délivré lors des changements d'équipe journalière.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources humaines intègrent une prévision des départs très anticipés, comme celle du départ en retraite d'un agent l'année prochaine. Le nombre de spécialités chirurgicales présentes est important. Il existe, entre autres, 13 IDE, 8 IADE, 4 IDE en SSPI (Seuls les 8 IADE sont soit salariés de la clinique soit de la SELARL des anesthésistes. Les autres professionnels sont salariés de la clinique.). Une organisation pour les nouveaux arrivants est réalisée. Les formations sont suivies, régulières, tenant compte des différentes spécialités, ou des nécessités institutionnelles. Il y a par exemple 2 IADE formés à l'hypnose. On retrouve cela dans un plan de formation. La formation AFGSU (Attestation de Formation aux Gestes et Soins d'Urgences) a été suivie en 2016 par 37% du personnel. La plupart ont eu la formation au chariot d'urgence. Elles sont réalisées par deux personnes du bloc opératoire formateur.

On retrouve des locaux disponibles, permettant une circulation fluide des patients et du personnel. Il existe une organisation du matériel, dont celui de stérilisation, avec une adaptation au problème d'une externalisation commune avec celles des autres établissements privés comme publics Dijonnais, et ne donnant pas satisfaction, à la vue des EI et risques identifiés dans le Compte Qualité, avec une criticité le plaçant en deuxième position. Il existe un chariot d'urgence scellé en SSPI, avec le matériel nécessaire, pédiatrique compris, compte tenu de l'activité de ce bloc. 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 et sécurité des soins. Le système documentaire général est informatisé. L'accès est difficile en salle d'opération, d'où l'existence de classeurs reprenant les procédures. Ils sont mise à jour par le cadre du bloc. La documentation s'appuie sur les bonnes pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. L'ensemble de l'organisation est formalisé dans la charte du bloc opératoire validée par le conseil du bloc. La dernière validation date de 2012, année de la précédente certification. La mise à jour est en cours de signature. Il existe au sein du bloc opératoire, depuis 2013 un « robot », plus précisément une machine dirigée par un chirurgien pour réaliser des opérations, permettant une plus grande aisance en chirurgie minimale-invasive. Les DMI sont suivis informatiquement par le progiciel dossier patient de l'établissement en cours de déploiement.

La régulation des activités du bloc opératoire, endoscopie comprise, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient est réalisée. L'absence d'outil informatique (prévu pour l'année 2017) demande une organisation humaine protocolée et spécifique. L'établissement n'a pu remplir l'indicateur Hôpital Numérique dont le seuil des interventions programmées devrait être supérieur à 90%.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

La régulation de la programmation est saisie par la secrétaire après validation du cadre du bloc. Elle reçoit par fax la demande d'inscription sur la plage opératoire. Sa présence au sein du bloc permet une validation facilitée par le chef de bloc ou son remplaçant, puis un anesthésiste. Le système n'étant pas informatisé, un tableur informatique est utilisé. L'ensemble du personnel connaît l'organisation définie, la taille de la structure étant facilitatrice. Les protocoles sont disponibles par intervention chirurgicale ou par praticien. Les circuits sont respectés, par exemple le type de geste (externe, chirurgie ambulatoire, hospitalisation complète) ou la sécurité du patient avec la présence de 6 check-lists différentes. On retrouve par exemple une attention particulière pour l'identitovigilance des mineurs où un contrôle d'identité se fait au sein du service, en présence des parents, dont la pose du bracelet d'identité. La traçabilité est organisée et effective que ce soit informatiquement (compte rendu per opératoire) ou sur le dossier papier (prescription médicale, impression des documents des laveurs désinfecteurs d'endoscopes). Elle inclut les vérifications effectuées, dont le suivi des armements (départ et retour avec accès au système informatique de la société stérilisant le matériel). Il existe une recherche d'amélioration permanente, avec des audits (check-list, dont la voie veineuse périphérique...), des EPP (antibioprophylaxie péri-opératoire). Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont

opérationnels (62 fiches de déclaration sur les 626 en 2016) et utilisés, avec implication des professionnels. Il existe une organisation du retour d'expérience que ce soit par le cadre de santé, les référents, l'affichage sur la zone de passage obligatoire d'accès au bloc du personnel y intervenant, les relèves, les comptes rendus de réunions, et par le système documentaire informatisé spécifique.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil des événements indésirables est régulier, avec la possibilité outre l'outil papier d'utiliser un numéro d'appel unique. Leurs analyses sont réalisées par la cellule qualité et gestion des risques. L'évolution est accessible par le retour de l'encadrement, facilitée par la taille de l'établissement. On retrouve des indicateurs. Cela peut être quantitatif (activités par spécialités, taux d'occupation de salle, par exemple) ou qualitatif (taux de remplissage de la check-list du bloc, nombre d'événements indésirables, audit infectieux...).

Les indicateurs nationaux sont suivis. Par exemple les IPAQSS tenues du dossier d'anesthésie sont à 93% pour 2016. Le Compte rendu opératoire a été retrouvé dans 100% des cas. L'évaluation des pratiques professionnelles est suivie sur le tableau de bord EPP (par exemple EPP sur le respect de l'antibioprophylaxie). Il n'y a pas eu de plaintes ou réclamations en 2015. Le processus est également évalué une fois par an. Un compte rendu est diffusé. L'établissement a mis en œuvre la méthode des patients traceurs pour l'évaluation des pratiques.

## A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre dans le cadre du processus Management de la prise en charge du patient en endoscopie sont intégrées et articulées avec le programme institutionnel. On retrouve par exemple la mise aux normes de la salle 5 du grand bloc avec mise en place d'une centrale d'air et d'un flux laminaire. Des contrôles de conformité des pratiques sont mis en œuvre. Les cadres sont sensibilisés dans le suivi des indicateurs. On peut voir, par exemple, le cadre du bloc calculer non informatiquement les taux de remplissages des plages opératoires selon les intervenants. Le recueil et l'analyse des EI sont réalisés avec implication des professionnels (62 en 2016). L'organisation du retour d'expérience est effective et suivie. On retrouve 1 à 2 CREX et RMM par an. Le programme d'amélioration est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints.

# GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

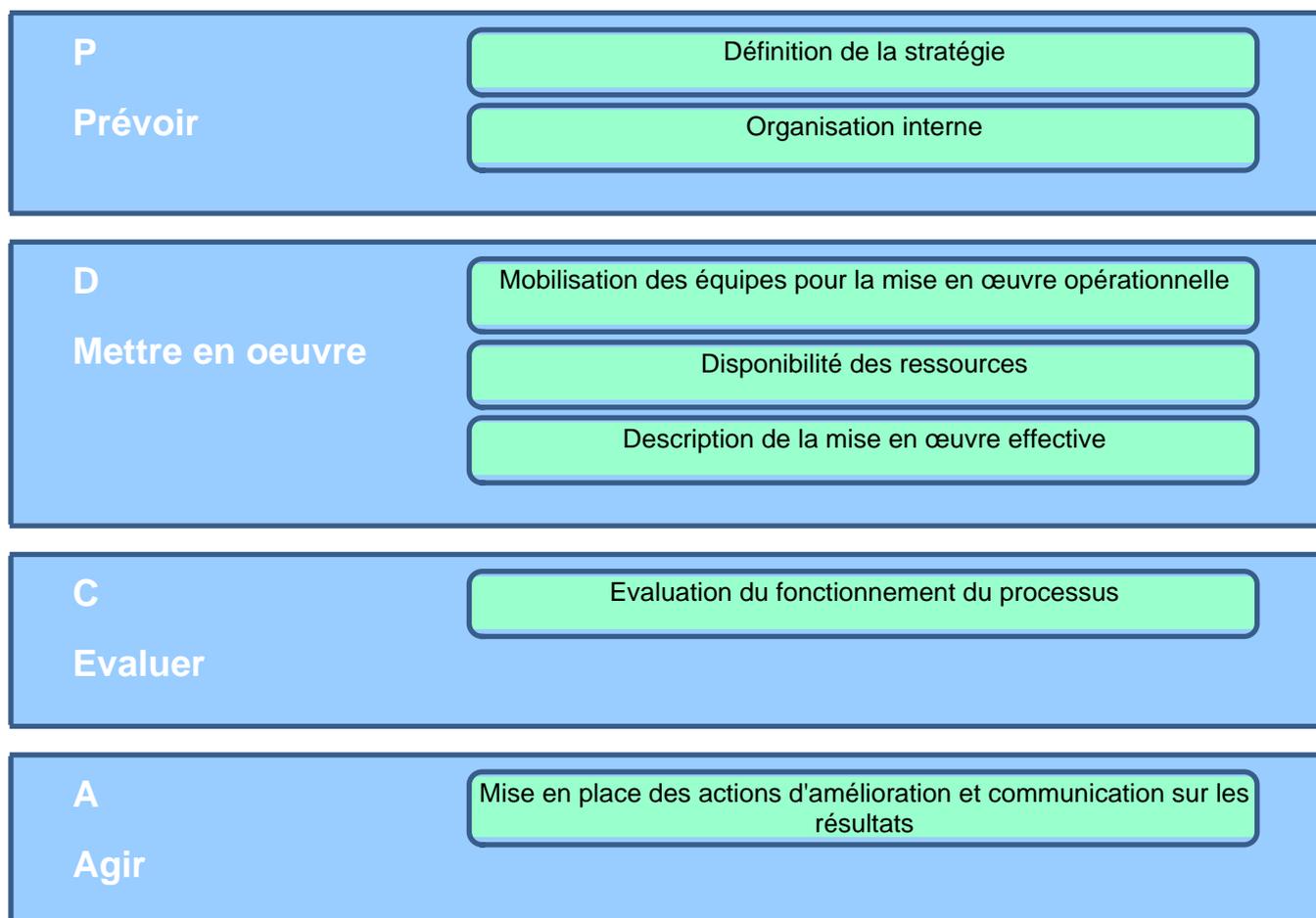
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Ouvert en 2007, le service d'hospitalisation à domicile a une capacité d'accueil de 30 patients. Les prises en charge les plus fréquentes sont celles en soins palliatifs (60%) et les pansements complexes. L'établissement a formalisé sa politique de gestion des équipements et des produits au domicile du patient. Cette politique est déclinée selon trois axes : optimiser la collaboration avec les prestataires fournisseurs, garantir la sécurité et l'hygiène des équipements et produits au domicile du patient, évaluer et améliorer la gestion des équipements et produits. Le document a été présenté en Copil qualité et gestion des risques et a été validé par la CME en juin 2016. Cette politique est également inscrite dans le projet d'établissement 2016-2019 et dans la politique qualité et sécurité des soins 2016-2020. L'identification et l'analyse des risques ont été réalisées en 2015 en équipe pluridisciplinaire associant le médecin coordonnateur, l'IDE coordonnatrice, les aides-soignantes, le service qualité et les prestataires externes. Elles se fondent sur :

- Un diagnostic complet de l'organisation,
- L'identification des besoins et des spécificités de la prise en soins en Hospitalisation à Domicile (HAD),
- Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements et événements indésirables,
- L'évaluation de la satisfaction des usagers et des prestataires,
- Etc.

Vingt-deux risques ont été repérés au total et ont été hiérarchisés selon les échelles (gravité, fréquence et maîtrise) à 5 niveaux de la HAS.

Les risques analysés comme prioritaires concernent :

- l'absence de contrat pour les prestataires occasionnels
- la non information d'ERDF pour les patients à haut risque vital
- la non information du patient et de sa famille sur le fonctionnement des équipements et produits installés au domicile
- le nettoyage irrégulier du matériel au domicile des patients
- la non information du prestataire sur la suspension et la reprise en charge du patient en HAD
- l'évaluation du processus insuffisant.

Ces six risques prioritaires ont été reportés dans le compte qualité de l'établissement. Les pilotes du processus ont élaboré, en lien avec le Comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques, un plan d'actions sur les risques identifiés qui est intégré au plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) global de l'établissement. Pour chaque action l'objectif, l'action, le pilote, les délais de réalisation et les modalités de suivi sont précisés. Les actions découlant des risques prioritaires sont reportées dans le compte qualité de l'établissement. Ce plan d'actions a été présenté en CME en mars 2016.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus de prise en charge en HAD. Cette mission est confiée, dans leur fiche de poste, au médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice. Ces pilotes sont chargés de la mise en œuvre du projet HAD, de la surveillance et de l'amélioration du processus de prise en soins en HAD. Ils assurent, en lien avec le service qualité, le suivi de l'état d'avancement du programme d'actions.

Au regard des besoins et des risques identifiés, l'établissement s'assure de la disponibilité des ressources tant humaines, documentaires que matérielles. Le plan de formation institutionnel prévoit des actions de formation pour l'équipe HAD. Par exemple, formation au nettoyage désinfection du matériel. Des formations à l'utilisation des dispositifs médicaux sont organisées périodiquement avec les fournisseurs et le responsable biomédical de l'établissement. Les professionnels nouvellement recrutés bénéficient d'un accompagnement par ceux en poste. Le processus de mise à disposition du matériel et des produits et leur utilisation leur sont présentés au cours de cette période de doubleur.

Les besoins des utilisateurs en procédures et protocoles (par exemple « circuit du médicament en HAD » ou « commande de matériel prestation assistance respiratoires ») sont définis et formalisés. L'ensemble de ces documents concerne la prise en charge du patient depuis la demande d'admission jusqu'à sa sortie. Il décrit l'organisation en place, l'approvisionnement des dispositifs médicaux, des matériels y compris en cas d'urgence, les modalités de transport, de stockage au domicile, le signalement des patients à risque.

L'ensemble de cette documentation de référence est rédigé en association avec les professionnels et instances concernées, validé puis intégré dans le système de gestion documentaire de l'établissement.

Les prestataires sont destinataires des procédures qui les concernent. Les notices des DM sont toutes à disposition à l'HAD. Des notices simplifiées des matériels sont à disposition des professionnels et des usagers au domicile du patient. L'établissement a établi une organisation, compte tenu de l'identification de ses risques permettant de garantir la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile. Pour les produits (consommables soins et petits matériels), l'HAD détient une zone de stockage dans des locaux adaptés à l'activité et entretenus conformément à la réglementation. Cette réserve garantit, en interne, la mise à disposition en temps utile des matériels et produits au domicile. La pharmacie à usage intérieur est chargée de veiller au respect des règles et des modalités de stockage de ces matériels et produits (modalités de rangement, d'identification, contrôles périodiques, vérification des dates de péremption, de l'intégrité de l'emballage garantissant la stérilité des DMS, des flux d'approvisionnement, de l'hygiène, etc...). Des conventions sont formalisées avec deux prestataires de matériels et des pharmacies d'officines. Ces derniers interviennent dans l'approvisionnement en matériels et équipements ainsi que pour les consommables soins, les dispositifs médicaux stériles et non stériles. Ces conventions comportent un item matériovigilance et un item pharmacovigilance et incluent un manuel qualité et un cahier des charges. L'HAD respecte le choix des patients en établissant un contrat de prise en charge personnalisé avec les prestataires déjà en place. Les conventions passées avec les prestataires mentionnent la prise en charge en urgence, la maintenance préventive et curative. L'IDE dispose, ainsi que le patient et/ou ses proches, des numéros de téléphone permettant de joindre l'astreinte technique des prestataires susceptible d'assurer la maintenance curative des équipements. Le secteur HAD fait appel à un prestataire pour l'approvisionnement en matériel d'oxygénothérapie et l'enlèvement des déchets à risque infectieux (DASRI).

L'établissement organise un système de concertation et de communication pour faciliter les relations entre les professionnels et entre secteurs d'activité. La gestion des interfaces est organisée vis-à-vis des prestataires, des professionnels de santé libéraux, des réseaux, des officines de ville, de l'entourage du patient. Des réunions pluridisciplinaires sont organisées toutes les semaines. Les IDE de coordination et de support apportent leur expérience de terrain et font le lien avec les autres professionnels. Elles sont à l'écoute des besoins du patient et des préoccupations des uns et des autres. Elles veillent à la traçabilité des actes et des observations dans le dossier chevet du patient, à la présence des différents éléments relatifs à la mise à disposition de matériel au domicile du patient. Les interfaces avec les instances ou sous commissions type CLUD, CLIN, EMSP sont effectives. Les pilotes du processus collaborent étroitement avec le service qualité et gestion des risques notamment en ce qui concerne les événements indésirables, le suivi du programme d'actions, le recueil des indicateurs.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins, le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice, organisent la mise en œuvre du plan d'actions propre à leur secteur. Le mode de management de ce processus facilite la communication des professionnels qui sont impliqués dans la déclinaison et la mise en œuvre des actions. Le médecin coordonnateur et l'IDEC favorisent l'implication et l'appropriation de la démarche auprès de l'équipe de l'HAD notamment par des informations régulières : réunions de synthèse, communication et échanges oraux, visites à domicile, sensibilisation et information sur les pratiques et les risques, affichage dans les locaux de l'HAD.

Les professionnels sont notamment sensibilisés au respect des bonnes pratiques relatives à l'hygiène, au respect des droits des patients.

Les professionnels connaissent les risques prioritaires de l'établissement et de leur secteur d'activité ainsi que les actions d'amélioration associées. Ils ont été associés à l'identification et à l'analyse des risques propres à l'activité de HAD. L'équipe se mobilise autour des retours d'expérience organisés suite aux événements significatifs (dysfonctionnements, événements indésirables, plaintes ou réclamations, etc.). L'équipe participe à la déclaration et à l'analyse collective des événements indésirables, aux démarches d'EPP, etc. Des actions correctives sont identifiées et mises en place en cas de besoin. Le médecin coordonnateur et l'IDEC s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment aux procédures, protocoles et consignes. Ainsi, par exemple, la traçabilité de la présence et la complétude du dossier patient fait l'objet d'un audit périodique. Les résultats sont partagés en équipe. Les actions correctives sont identifiées collectivement.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et les compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés au-niveau institutionnel. Le service d'hospitalisation comprend un médecin coordonnateur (1 ETP), une IDE coordinatrice, une IDE support, deux IDE salariées, 8 aides-soignantes, une secrétaire, une psychologue (0.20 ETP) qui peut intervenir auprès des patients ou des personnels. Ces professionnels bénéficient de formations périodiques adaptées. Des compétences complémentaires peuvent être sollicitées :

- Assistante sociale. Elle facilite, entre autre, les démarches en cas de nécessité d'achat de matériels

spécifiques

- Ergothérapeute, qui évalue les besoins en aménagement du domicile du patient
- Equipe opérationnelle d'hygiène, qui apporte ses conseils en termes d'entretien et de désinfection du matériel
- Equipe mobile de soins palliatifs.

Une infirmière est joignable 24h/24h : elle est sur site la journée ou d'astreinte la nuit. Tout patient ou professionnel constatant une panne ou un dysfonctionnement d'un dispositif médical peut l'appeler. Les coordonnées des prestataires et des partenaires des prises en charge sont disponibles dans le classeur disponible au domicile du patient. Les procédures et protocoles sont actualisés, connus des professionnels et accessibles sur la base gestion documentaire institutionnelle. L'ensemble de la documentation (fiches de commandes, de livraison, de consignes, de traçabilité) nécessaires à l'installation et au suivi des équipements et matériels sont disponibles et actualisées. Les formulaires utilisés sont conservés dans le dossier du patient et dans les locaux de l'HAD. Les locaux et ressources en matériel et équipements sont disponibles, et conformes aux exigences réglementaires, dans les locaux de l'HAD et au domicile du patient.

L'HAD dispose dans ses locaux d'une dotation regroupant des consommables soins, des dispositifs médicaux stériles ou non stériles (DMS ou DM). Ces produits sont acheminés au domicile du patient par les professionnels dans des contenants identifiés, sécurisés et adaptés.

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative est en place pour l'ensemble des matériels et des équipements.

Les professionnels de l'HAD disposent de téléphone pour communiquer entre eux et ont à disposition la liste des numéros de téléphone utiles en cas de besoin. La communication avec les professionnels libéraux se fait principalement par téléphone. Le dossier patient permet dans ses composantes « dossier chevet » et « dossier structure » la mise à disposition d'informations ciblées.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et les procédures établis pour répondre aux besoins du patient de l'entrée à la sortie. Les prestataires répondent au cahier des charges défini dans la convention : préparation des dispositifs, transport, décontamination, maintenance 24h/24 et 7j/7, matériovigilance, etc. Une évaluation initiale des besoins des patients et des contraintes de la prise en charge est réalisée lors de pré admission du patient par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice.

Le processus d'identification, avec le prestataire et les organismes concernés, des patients électro- dépendants (risque ERDF) est en place.

Les relations avec les professionnels libéraux se font de premier abord sur le terrain, le jour de l'admission, puis par téléphone et lors de visite de suivi hebdomadaire. Une liste est faxée au prestataire choisit afin d'organiser une livraison dans un délai moyen de moins de 24 heures. Un formulaire type permet la traçabilité de l'installation et du retrait du matériel au domicile du patient, et est intégré dans le dossier chevet au domicile. La livraison des matériels au domicile est organisée avec le patient et/ou l'entourage. Les professionnels du domicile s'assurent que le matériel livré par le prestataire correspond à la commande formulée, avec rapprochement des documents de commande et de livraison. Les prestataires assurent une information du patient et/ou de son entourage sur la bonne utilisation du matériel, relayée par les professionnels de l'HAD. Les patients sont également informés de la conduite à tenir en cas de besoin et disposent des numéros de téléphone dans le classeur mis à disposition au domicile. Au domicile du patient, le rangement et le stockage des traitements médicamenteux (dont morphinique et oxygène médical) est sécurisé. La traçabilité des différents intervenants dans la prise en charge des patients (y compris les libéraux) est effective (dossier chevet et dossier structure). La récupération des déchets de soins (DASRI), confiée à un prestataire extérieur conventionné, garantit la sécurité de leur élimination. Les informations en lien avec la gestion des équipements sont diffusées aux professionnels lors de réunions de service, par le biais de comptes rendus des instances, par un journal interne, des notes qualité. La traçabilité des interventions est assurée : bio nettoyage, décontamination du matériel, etc. Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et organisation de retour d'expérience est effective. Les interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs sont opérationnelles. Les comptes rendus du Comité de pilotage qualité gestion des risques sont diffusés à tous les professionnels. Les comptes rendus de CME ont une diffusion restreinte.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique de l'ensemble du processus à l'échelle de l'établissement. L'établissement a mis en place une démarche structurée d'analyse portant notamment :

- L'évaluation annuelle de la convention,
- Le recueil de la satisfaction des patients, de leur entourage et des intervenants
- Le suivi de l'effectivité de la maintenance 24h/24 et 7j/7
- Le suivi des consommations, de l'activité
- Etc.

Ces indicateurs sont intégrés au tableau de bord géré par le médecin coordonnateur et l'infirmière coordinatrice. Un point d'étape a minima mensuel, avec la direction, permet d'en assurer le suivi. Les tableaux de bord et les actions d'évaluation mises en œuvre sont intégrés et articulées avec le programme d'actions institutionnel de l'établissement. Une EPP est en cours. Elle porte sur l'évaluation de la traçabilité de la commande et du suivi du matériel en HAD. Toutes ces évaluations sont suivies conjointement par l'encadrement et le service qualité, elles permettent de mesurer et réajuster le niveau de maîtrise des risques.

## **A / AGIR**

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

L'établissement met en œuvre un dispositif d'amélioration continue de l'ensemble du processus à l'échelle de l'établissement permettant la mise en œuvre d'actions d'amélioration en lien avec les résultats d'évaluation. La mise en œuvre, le suivi des actions d'amélioration et les résultats des indicateurs sont intégrés et articulés dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et le compte qualité. Un réajustement du programme est réalisé annuellement par le COPIL avec la CME en fonction des résultats obtenus.

Les résultats des actions menées et des évaluations sont communiqués lors des réunions plénières des instances, par le biais de la lettre d'information diffusée à tous les salariés et aux professionnels concernés lors de réunions de service ou de réunions spécifiques.

Les EPP menées et les résultats sont également présentés en commission EPP. Chaque instance établit un bilan annuel de ses actions et de l'atteinte de ses objectifs transmis au service qualité et gestion des risques. Ces bilans servent de base à l'élaboration du bilan annuel présenté en CME. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels concernés. Les indicateurs, résultats et les succès obtenus sont communiqués en interne et en externe, notamment aux professionnels et aux usagers.