



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HÔPITAL PRIVÉ
GÉRIATRIQUE LES SOURCES**

**10 camin René Pietruschi
06105 NICE**

JANVIER 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	37

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 objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES	
Adresse	10 camin rene pietruschi 06105 Nice
Département / région	ALPES-MARITIMES / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	060010808	ASSOC GEST RESIDENCE MEDICALE DES SOURCES	06105 NICE
Etablissement de santé	060793239	HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES SLD	10 camin rene pietruschi 10 camin rene pietruschi 06105 Nice
Etablissement de santé	060791811	HOPITAL PRIVE GERIATRIQUE LES SOURCES	10 camin rene pietruschi 10 camin rene pietruschi 06105 Nice

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle
MCO	Médecine	91	4
SLD	SLD	75	/
SSR	SSR	59	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Convention cadre avec le CHU de NICE ; - Convention avec la Clinique Saint George - NICE ; - Convention de coopération pour la prise en charge des patients en hospitalisation de médecine – Centre Antoine-Lacassagne - NICE ; - Hôpitaux de la Vésubie.
--	--

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

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	/pathologie chronique		Séjours réguliers (avec adressage EHPAD par ex)	MCO
2	Patient non communicant	SSR PAP	/	séjour multi unités		SSR
3	Adulte	SLD	Fin de vie			SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

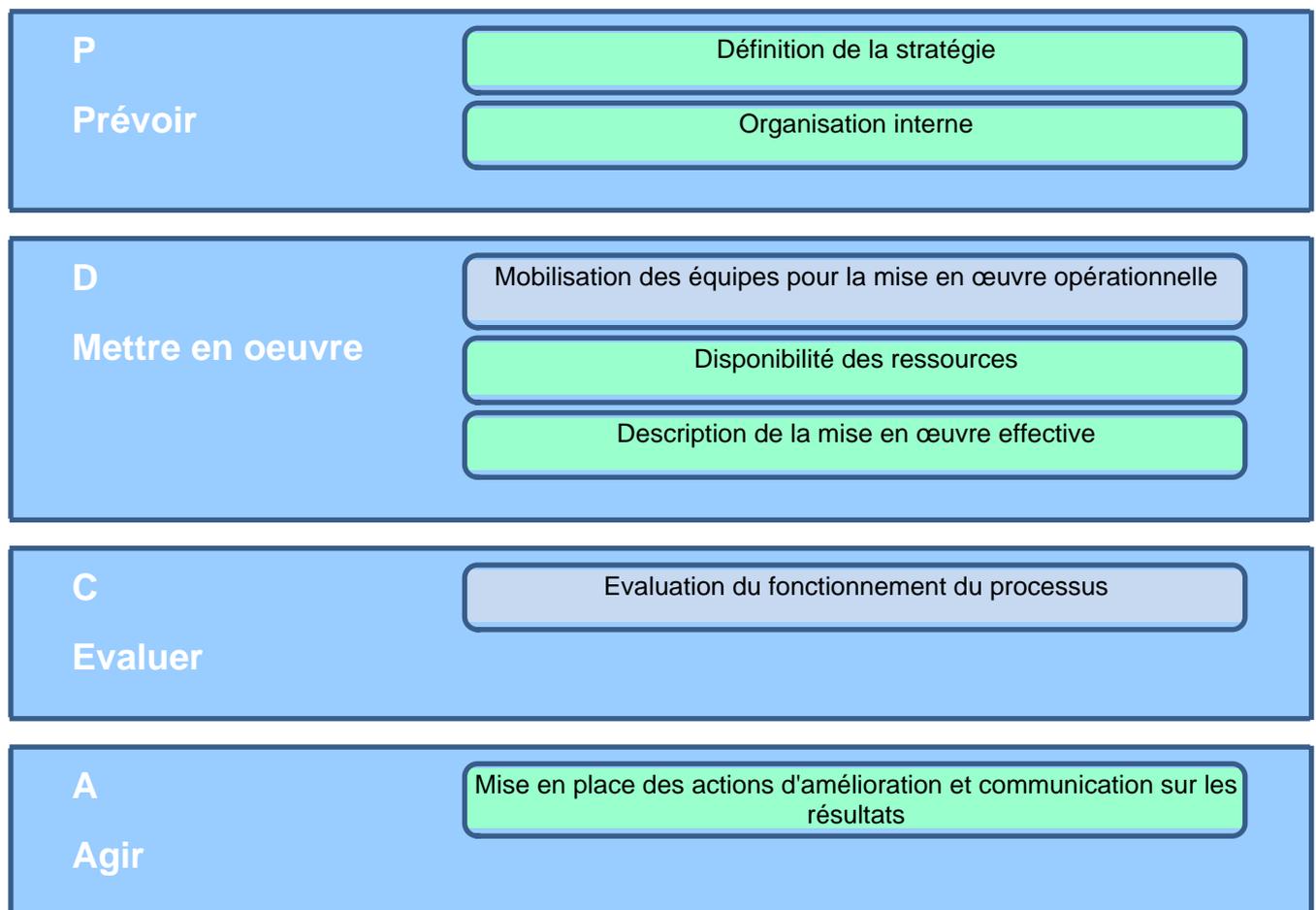
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

La politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques est décrite dans le projet d'établissement dans son volet "Qualité et Sécurité des Soins" et dans le document intitulé "Politique Qualité et Sécurité des Soins 2014/2018". Cette politique s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'établissement portées par le management. Elle intègre la stratégie EPP formalisée et préconisée dans tous les secteurs d'activité clinique et médico-technique conformément à la recommandation formulée en V2010. Celle-ci intègre également les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise.

L'établissement utilise les indicateurs pour définir sa politique et son programme d'actions.

27 EPP sont en cours dont un tiers a été initié en 2016.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, dans sa version communiquée au 30/09/2017, décrit par processus les actions d'amélioration retenues et s'articule avec le compte qualité.

Il prend en compte l'ensemble des champs opérationnels de la structure, identifie systématiquement les professionnels en charge des actions et fixe les échéances à respecter.

Ce programme validé par le bureau qualité de la CME est présenté aux instances dont la CDU (Commission Des Usagers) et fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des professionnels via internet.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a désigné les pilotes et co-pilotes en charge de chacun des processus, les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de mission.

Suite au départ début 2017 de la Responsable Qualité, coordonnatrice des risques un accompagnement par la Responsable Qualité d'un établissement partenaire a été mis en place dans l'attente du recrutement attendu pour finaliser la préparation de la visite de certification V2014 et faire face aux échéances programmées.

Pour le processus management de la qualité et des risques, le pilotage est assuré par le Directeur Général, le Président de la CME, du bureau qualité de la CME et Coordonnateur des risques, la Directrice des Soins, la nouvelle responsable qualité et son assistante.

Le document intitulé "Projet Qualité et Sécurité des Soins 2014/2018" décrit les objectifs stratégiques et les priorités d'actions, le document "Management de la Qualité et des risques" présenté lors de l'audit de processus précise l'organisation et la coordination de la démarche, son articulation avec les différentes instances au sein d'un schéma directeur cohérent.

La démarche d'identification des risques a priori repose sur le travail mené par les pilotes de processus avec le groupe pluridisciplinaire constitué à cet effet ou avec les membres de l'instance concernée, chaque groupe ou instance bénéficiant de l'appui méthodologique du service qualité.

L'appropriation de la démarche et la mobilisation des acteurs s'avèrent effectives et permettent la réalisation de l'identification et de la hiérarchisation des risques ainsi que des actions à mettre en œuvre favorisant l'élaboration du compte qualité.

Le dispositif de gestion documentaire informatisé est opérationnel et connu.

L'établissement assure la mobilisation de toutes les compétences utiles pour l'exercice de la coordination de la gestion des risques associés aux soins avec une responsabilité assurée par deux des co-pilotes.

Il existe au sein de la structure une coordination des dispositifs de vigilance, veille sanitaire et de gestion des risques (Comité de Gestion des Risques et des Vigilances).

Le plan blanc de l'hôpital privé gériatrique Les Sources est opérationnel et a fait l'objet d'une mise en œuvre effective liée aux événements de juillet 2016 et le retour d'expérience effectué a permis les ajustements nécessaires, de nouvelles simulations sont envisagées à fréquence régulière.

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 professionnels sont sensibilisés de manière pérenne sur les différentes thématiques et sur les objectifs de ces dernières déclinés dans le PAQSS accessible à tout moment à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire en place. Cette sensibilisation continue repose sur les différents outils mis en place d'une part et d'autre part sur le rôle de relais assuré par les cadres de proximité dans les services de soins et les responsables de service dans les autres secteurs. La Direction Générale a signé en 2013 un accord d'intéressement avec les représentants du personnel dont l'objectif est d'intéresser le personnel aux résultats de l'Hôpital. Cet accord toujours en vigueur lors de la visite prévoit le versement d'une prime d'intéressement complémentaire suivant la réalisation d'objectifs parmi lesquels figurent le taux d'évaluation systématique de la douleur, le taux de retour des questionnaires de

satisfaction et le score agrégé ICALIN.

Dans le cadre de la gestion des risques a posteriori, les équipes participent à la déclaration des événements indésirables et au traitement des événements indésirables graves pour lesquels une analyse des causes profondes est systématiquement réalisée en groupe pluridisciplinaire et des actions décidées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation mise en place et les mesures appliquées en cas d'absences imprévues permettent d'assurer la sécurité et la qualité des prises en charge. Le système de gardes médicales et d'astreintes appliqué sur le site garantit la continuité des soins et favorise la sécurité des prises en charge.

Les ressources documentaires informatisées sont adaptées, accessibles et bien maîtrisées par les professionnels qui confirment lors des rencontres effectuées leur opérationnalité. Les difficultés rencontrées lors de la mise en place du nouveau dossier patient informatisé ont été globalement résolues.

Les procédures de fonctionnement en mode dégradé existent et sont connues des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et les procédures établis pour le management de la qualité et des risques.

Le management de l'établissement a mis en place avec les pilotes de processus une démarche d'évaluation des risques a priori opérationnelle, participative, pluridisciplinaire permettant leur identification, leur hiérarchisation et la détermination des modalités de leur traitement.

Pour les risques a posteriori, le dispositif en place se révèle opérationnel et fait l'objet d'une appropriation satisfaisante des professionnels.

L'examen des plaintes et réclamations associe les professionnels autant que de besoin, une présentation de leur analyse et de leur traitement est réalisée en CDU qui est associée à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus Management de la Qualité et des Risques fait l'objet d'une évaluation annuelle réalisée sur l'ensemble des données à disposition et des différentes évaluations menées.

L'évaluation de la satisfaction des usagers associe leurs représentants membres de la CDU.

Des indicateurs internes viennent compléter les indicateurs réglementaires, leur suivi et leur analyse favorisent l'efficacité des évaluations réalisées.

Les résultats de ces évaluations font l'objet d'une large diffusion en interne.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations conduisent l'établissement à procéder aux ajustements nécessaires par l'identification et la mise en place de nouvelles actions d'amélioration entraînant la révision du PAQSS soumise à la validation du bureau qualité de la CME.

Cette révision fait ensuite l'objet d'une large diffusion auprès de l'ensemble des professionnels et des usagers.

L'établissement met à disposition du public les résultats des IQSS dans les conditions fixées par arrêté.

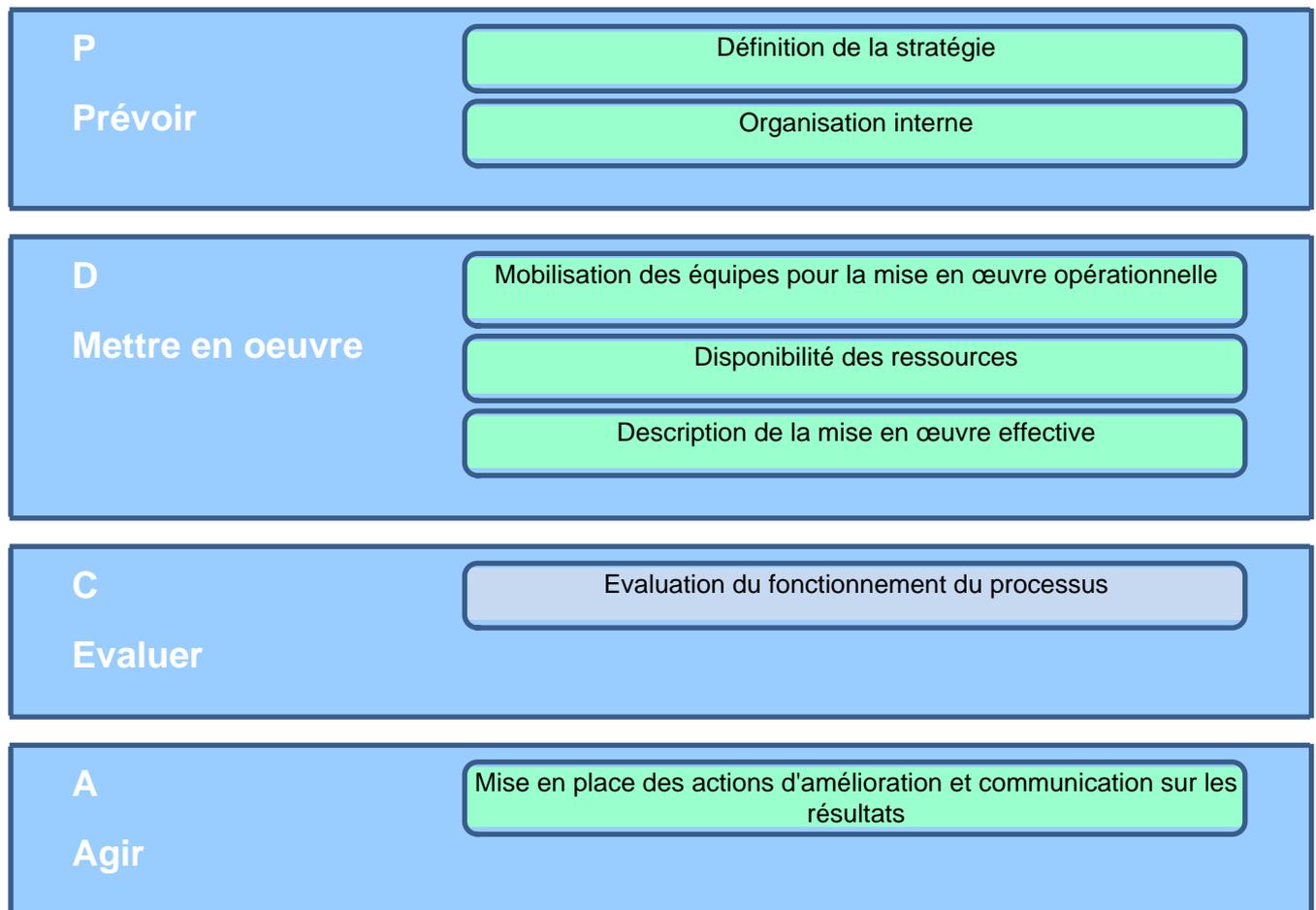
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 défini sa politique de maîtrise du risque infectieux considérant :

- les caractéristiques propres à la population accueillie (personnes âgées fragiles, séjours hospitaliers multiples, épidémies, en particulier BHRe, etc) ;
- la réponse aux éléments de réglementation (recueil indicateurs IQSS, PROPIAS, déclarations obligatoires, réglementations de piscine, carnet sanitaire...) ;
- les recommandations des sociétés savantes (Société d'Hygiène Hospitalière, ARLIN, CLIN Sud Est...) ;
- les possibilités de travail en réseau (ARLIN, CLIN Sud-Est,...) ;
- les résultats des indicateurs IQSS ;
- les résultats des différents audits internes, à l'analyse des Fiches d'Évènements Indésirables, Revue de Morbi-Mortalité...
- l'élaboration du Document Unique ;
- le suivi des Accidents d'Exposition au Sang ;
- le renseignement du Compte-Qualité.

L'analyse de tous ces éléments a permis une hiérarchisation des risques, l'élaboration d'une cartographie des risques a priori et a posteriori, en utilisant une méthode validée (fréquence, gravité, criticité).
La politique définit les modalités de recueil, d'analyse, de communication, d'intégration dans le Plan d'Amélioration de la Qualité institutionnel. Elle a été validée en Direction, en CME et par la CDU.
La stratégie de l'établissement en matière de maîtrise du risque infectieux est incluse dans le projet d'établissement (projet médical, projet de soins).

ORGANISATION INTERNE

L'organisation définie en fonction des risques identifiés par l'Hôpital comprend :

- des moyens organisationnels : Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) pluridisciplinaire et pluri professionnelle (dont la composition est arrêtée, validée par la Direction et la CME), Commission des Antibiotiques, la nomination d'un gestionnaire des risques associés aux soins, la nomination de correspondants auprès de l'ARS, de correspondants en internes, l'élaboration de conventions avec le C-CLIN sud-est, l'ARLIN, l'inscription dans les démarches du PROPIAS, la diffusion des informations par affichage des résultats au public, mais aussi à destination des professionnels...
- des moyens de communication : affichage des indicateurs au public mais aussi vers les professionnels, communication à la Direction, aux instances telles que la CME, la CDU, lien avec le COMEDIMS, la Commission des Soins Infirmiers et de Rééducation et Médico-Techniques, CHSCT, le bureau Qualité, informatisation des outils...
- des moyens humains : nomination d'un antibioréférent, participation d'un biologiste du laboratoire d'analyses médicales, collaboration au Comité des Anti infectieux d'un praticien du CHU de Nice, formations en interne, y compris pour les nouveaux arrivants dont les nouveaux médecins et les internes en médecine, la formation au bon usage des antibiotiques est assurée régulièrement pour les praticiens en place et les nouveaux arrivants.
- la formation d'IDE au DU d'Hygiène Hospitalière, nomination d'un référent médical en hygiène pour chaque département, ainsi qu'un correspondant paramédical, avec des fiches de poste actualisées.
- les moyens matériels : informatisation, réhabilitation des locaux de la PUI, achat préférentiels de dispositifs stériles à usage unique, matériel de protection des professionnels adéquats.
- des ressources documentaires : l'établissement a élaboré de nombreuses procédures, protocoles, actualisés, diffusés et évalués. Toutefois, les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux ne sont pas tous établis. En effet, l'établissement n'a pas formalisé de procédure actualisée de prise en charge d'une Toxi Infection Alimentaire Collective, comme identifié dans le PAQSS ; le dernier document datant de 2004. L'établissement sensibilise les actions sur ce sujet.

Le Plan d'Action de l'EOH est révisé annuellement.
Les interfaces sont organisées, entre les différents services cliniques, entre les services et les plateaux techniques (rééducation, radiologie, balnéothérapie, pharmacie, endoscopie), avec l'identification des patients et/ou des matériels à risques.
L'EOH est consultée lors de travaux mettant en jeu la sécurité des soins quant au risque infectieux.
L'organisation avec le prestataire externe chargé du bio nettoyage des sols est en place.
Le carnet sanitaire recueille tous les éléments réglementaires et utiles à la maîtrise du processus.
L'établissement s'est organisé pour recueillir les IQSS ICATB, ICSHA, BN SARM.
La surveillance de l'état vaccinal des professionnels est organisée. Le Document Unique est formalisé.
L'information du patient est organisée.
La procédure de signalement d'épidémie 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. La direction générale a signé un accord avec les représentants du personnel dont l'objectif est d'intéresser le personnel aux résultats de l'établissement avec le versement d'une prime d'intéressement complémentaire suivant la réalisation d'objectifs.

Les membres de l'EOH, interviennent au sein des unités de soins sur demande des professionnels ou sur alerte du laboratoire. L'évaluation des pratiques (PCC, Hygiène des mains, audits, semaine de la sécurité des patients, ...) est réalisée par les correspondants hygiène, en relation avec l'EOH. Les cadres organisent une réunion hebdomadaire ou sont évoqués, entre autres, les problèmes liés à la maîtrise du risque infectieux, identifiés par les correspondants, et établissent un score d'où découle la périodicité de la réévaluation.

Les professionnels de l'EOH participent et font participer à la rédaction des protocoles et procédures.

Toutefois, la mise en œuvre des bonnes pratiques n'est pas systématiquement évaluée dans toutes les étapes de la prise en charge du patient. En effet, il a été constaté une non conformité des relevés de température de réfrigérateurs contenant des produits frais pour les patients dans deux services, sans signalement d'événement indésirable ni action d'amélioration de la part des cadres, pendant plusieurs semaines, jusqu'au jour de la visite de certification.

L'établissement a mis en place un intéressement pour tous les personnels à l'amélioration de la démarche qualité, dont le score ICALIN.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met en place des locaux permettant la maîtrise du risque infectieux dans toutes les unités de soins. Les locaux de ménage sont adaptés, ils sont sécurisés. Les circuits des déchets définis par l'établissement sont respectés. Les locaux de ce circuit sont en adéquation avec leur destination et ceux qui doivent être sécurisés le sont.

Les matériels (chariots de ménage, matériels et vêtements de protection...), les produits détergents, désinfectants sont en nombre et qualité jugés suffisants par les personnels.

Les ressources documentaires nombreuses (bio nettoyage, précautions standard, complémentaires, actes de soins, hygiène pour processus endoscopies, antibiothérapies, dispositifs invasifs, etc) sont actualisées, disponibles sous forme document papier et gestion informatisée et connues des différents professionnels.

Les ressources humaines sont en adéquation avec les enjeux du processus, tant en nombre, qu'en compétences comme une IDE hygiéniste titulaire d'un DU. Les besoins en formations sont identifiés ; et les formations, informations, sensibilisations en interne sont réalisées par les membres de l'EOH y compris sur le bon usage des antibiotiques. Ces actions sont tracées. Les nouveaux arrivants sont pris en charge, y compris les internes en médecine. Les médecins et les internes sont formés au bon usage des antibiotiques.

Les professionnels connaissent la possibilité d'établir une Fiche d'Événement Indésirable concernant le risque infectieux. La procédure de signalement d'un Accident d'Exposition au sang existe, elle est accessible et connue des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'EOH se réunit régulièrement, au cours de réunion de CME, la commission Antibiotique de même. L'EOH se réunit deux fois par mois systématiquement, et plus en cas de crise

Les protocoles d'antibiothérapie sont mis en place, connus des prescripteurs. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie est effective. La réévaluation de l'antibiothérapie a été rendue effective dans tous les cas par le paramétrage de ces prescriptions entraînant une alerte à la 72ème heure et une alerte pour les durées supérieures à 7 jours.

Les responsables de l'EOH sont identifiés et connus par les autres professionnels.

Tous les documents, actions de prévention et de surveillance concernant le risque infectieux sont validés par l'EOH, y compris les travaux pouvant présenter un risque.

Le carnet sanitaire est mis à jour.

Les pratiques constatées lors de l'audit de processus correspondent aux attendus de bonnes pratiques et aux procédures et protocoles élaborés dans l'établissement. Les procédures sont connues des différents professionnels. Les pratiques de précautions complémentaires sont connues, mises en place selon les protocoles de l'établissement, sur prescription et tracées dans les dossiers.

Les affichages réglementaires sont effectifs en balnéothérapie. Les règles d'hygiène (douche, port de couvre chaussure à l'entrée avant le bassin de rééducation, examen clinique cutané avant l'entrée dans l'eau, etc) sont respectées en balnéothérapie.

Toutefois, les actions de prévention du risque infectieux ne sont pas toutes mises en œuvre par les professionnels. En effet, il a été constaté à plusieurs reprises le port de tenue professionnelle dans la salle de restaurant du personnel, par des soignants et des médecins.

Par ailleurs, lors de l'audit de processus, au cours de la visite de la balnéothérapie, il a été constaté, en accord avec un médecin de l'EOH, l'existence d'un tuyau flexible relié à une tuyauterie extérieure, avec de nombreux raccords, ne faisant pas l'objet de purge régulière, donc représentant un bras mort, en milieu propice au développement bactérien puisque à température d'ambiance chaude de la balnéothérapie. Ce problème a été pris en compte immédiatement et une étude technique diligentée.

Le livret d'accueil du patient comprend un volet d'information sur le risque infectieux. Des documents informatifs et explicatifs sont remis aux patients porteurs de BMR.

Les indicateurs IQSS concernant le risque infectieux témoignent des résultats de l'Hôpital :

- ICATB2 en classe A, en progression ;
- ICSHA en classe A, en progression ;
- BN SARM : 100% des bactériémies constatées en réanimation ont fait l'objet d'une analyse ;
- BMR en classe C pour le recueil des données de 2015 (campagne 2016), ce classement résulte uniquement de l'absence de l'inscription de l'établissement dans un travail en réseau.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs IQSS sont évalués et font l'objet d'un retour par unité de soins. D'autres indicateurs sont mesurés dans l'établissement et le résultat en est diffusé.

Les suivis des BMR, BHRé, BLSE sont réalisés en collaboration avec le CCLIN Sud-Est, ainsi que les infections nosocomiales en réanimation.

Le plan d'actions est révisé annuellement.

L'établissement participe à l'enquête de prévalence annuelle.

Le taux de vaccination contre la grippe est suivi.

La consommation des Solutés Hydro Alcooliques est suivie annuellement et diffusé dans chaque service.

La réévaluation de l'antibiothérapie fait l'objet d'un suivi.

Les contrôles biologiques en endoscopie sont réalisés, tracés et font l'objet d'un suivi, d'une communication par l'EOH.

Les circuits des déchets font l'objet d'audits, ainsi que la qualité de l'hygiène des mains. De nombreux autres audits sont réalisés : Excellence excréta(GREPHH), collecteurs objets piquants coupants, sondage urinaire, précautions standard et complémentaires, respect de la tenue de base.

L'établissement participe à la semaine de la sécurité des patients comportant des items sur le risque infectieux, et les résultats sont communiqués aux personnels, ainsi que la situation de l'établissement par rapport aux autres établissements régionalement et sur le plan national.

Plusieurs Évaluations des Pratiques Professionnelles sont réalisées, dont certaines à l'étape 5 : conformité et qualité de l'antibiothérapie curative, information des patients porteurs de Bactéries Multi-Résistantes.

La surveillance de la consommation des antibiotiques est en place (CONSORES).

Une Revue de Morbi-Mortalité est réalisée y compris concernant le risque infectieux.

Les AES font l'objet d'un suivi par le bureau du personnel et la médecine du travail et des actions de sensibilisations sont réalisées par l'EOH selon les besoins identifiés.

A / AGIR

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

Le plan d'action de l'EOH est révisé annuellement, et cette actualisation est communiquée à la direction, à la CME, au CHSCT et diffusée largement aux professionnels.

L'EOH a réalisé l'actualisation de plusieurs procédures et protocoles.

Le protocole de désinfection de la peau avant la pose d'un cathéter a été révisé.

Au vu de la baisse de l'indicateur BMR, l'établissement a renouvelé son inscription dans les recueil en réseau des infections nosocomiales.

La communication des actions identifiées et mises en place est réelle avec les instances concernées.

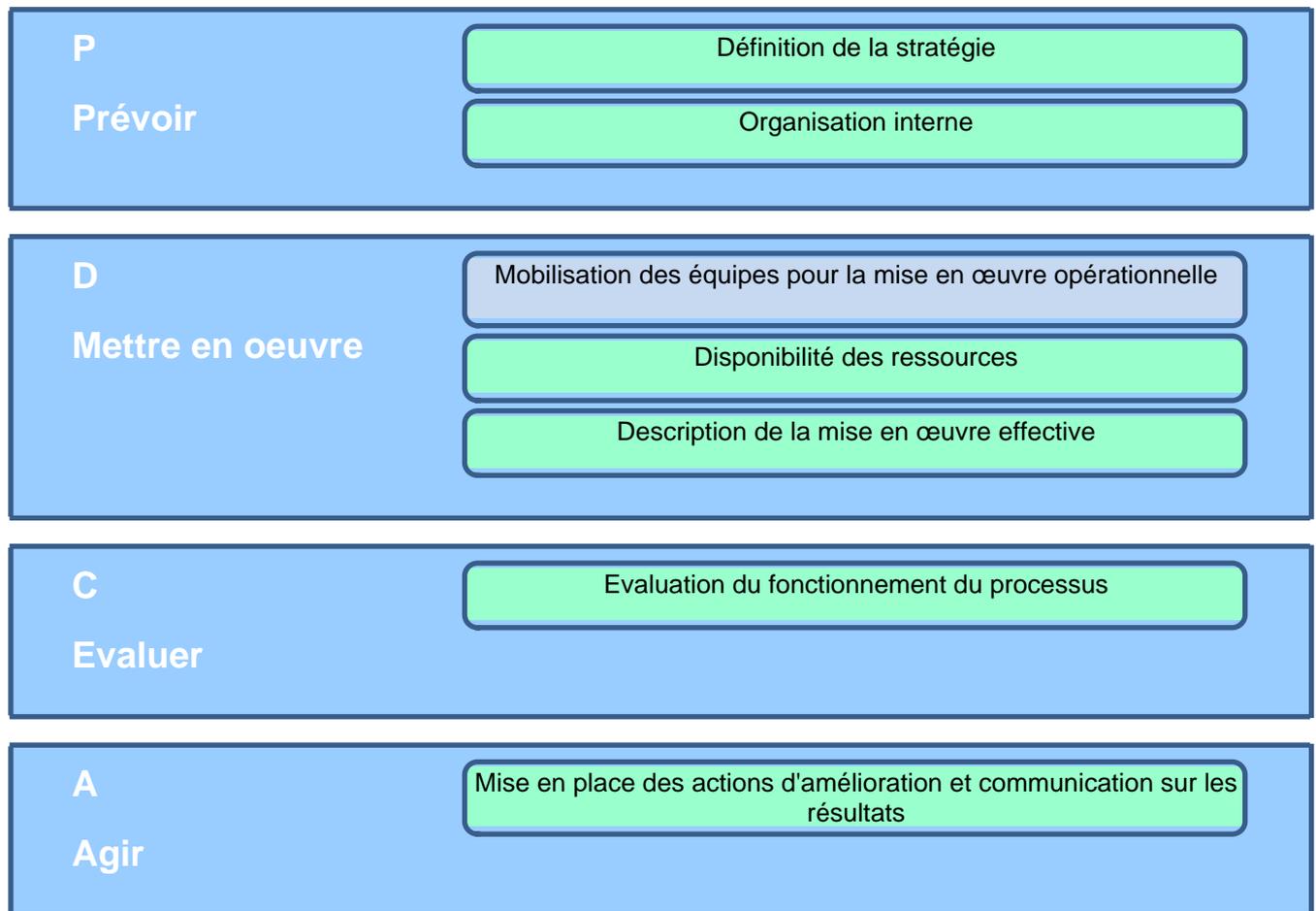
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de l'établissement est définie dans le projet d'établissement dont le premier volet est intitulé Projet du Patient ainsi que dans le volet "Projet Qualité et Sécurité des Soins" qui précisent que le respect des droits des patients s'inscrit dans les orientations stratégiques de l'hôpital privé gériatrique Les Sources.

Les risques propres à l'établissement ont été identifiés et hiérarchisés à partir de données internes et externes en associant les professionnels et les usagers.

Les objectifs d'amélioration ont été déclinés en lien avec la CDU dans un programme d'actions institutionnel formalisé et unique articulé avec le compte qualité.

Les actions retenues sont assorties systématiquement d'un responsable, d'une échéance et de modalités de suivi.

Le compte qualité de l'établissement sur cette thématique comporte 3 risques à surveiller qui concernent l'atteinte aux libertés individuelles (liberté d'aller et venir), le défaut d'information du patient et de son entourage et enfin le défaut de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance.

Les actions d'amélioration concernant ces risques et dont l'échéance était prévue avant la visite ont été réalisées.

La promotion de la bientraitance et la prévention de la maltraitance figurent dans les axes prioritaires de la stratégie de l'établissement et la sensibilisation des professionnels constitue un objectif majeur.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est mise en place et des pilotes identifiés pour mettre en œuvre la stratégie de l'établissement dans ce domaine. Leurs missions sont définies dans des fiches de poste formalisées.

Un comité pluridisciplinaire Bientraitance et Droits des Patients a été mis en place ainsi que des référents "Bientraitance" au sein des services favorisant la sensibilisation et la mobilisation sur ce thème.

L'organisation en place permet le respect des libertés individuelles.

Au regard des risques identifiés, l'établissement dispose des compétences nécessaires et d'une politique de sensibilisation interne dynamique. Le plan de formation institutionnel intègre chaque année des actions de formation liées à la thématique "Droits des Patients" à l'intention d'un public pluri-professionnel.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la commission des usagers (livret d'accueil).

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies, protocolisées et diffusées.

Les ressources documentaires pour les modalités et les ressources matérielles pour l'enregistrement à disposition des professionnels permettent le recueil du consentement éclairé et, le cas échéant, du refus de soins.

Les modalités d'information du patient en cas de dommage lié aux soins sont définies et diffusées.

D / METTRE EN ŒUVRE

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. La direction générale a signé un accord avec les représentants du personnel dont l'objectif est d'intéresser le personnel aux résultats de l'établissement avec le versement d'une prime d'intéressement complémentaire suivant la réalisation d'objectifs.

La mobilisation des équipes et la mise en œuvre des orientations liées à la promotion de la bientraitance, la prévention de la maltraitance et au respect des droits des patients ont été constatées lors des rencontres effectuées dans les différents services. L'encadrement soignant constitue par son implication quotidienne le relais essentiel pour garantir cette mobilisation. La démarche interne de sensibilisation sur cette thématique se révèle d'un réel dynamisme qu'il convient de souligner. Les nombreux outils élaborés dans ce domaine et qui ont été présentés lors de l'audit de processus témoignent de cette réalité confirmée par l'appropriation constatée chez les professionnels de terrain rencontrés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences mise à disposition sont en adéquation avec les besoins nécessaires pour assurer le respect des droits des patients et la mise en œuvre des actions retenues par l'établissement.

Des formations aux droits des patients sont mises en œuvre chaque année. Les locaux sont conformes et adaptés, les chambres doubles sont équipées de rideaux permettant une séparation efficace entre les patients. La gestion documentaire informatisée permet aux professionnels d'accéder facilement et rapidement aux protocoles et informations diverses que recouvrent cette thématique.

Le livret d'accueil remis à l'arrivée du patient permet l'information de ce dernier sur ses droits et les

missions de la Commission des Usagers.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation et les pratiques décrites et constatées permettent le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. Cependant, cette confidentialité n'est pas systématiquement respectée, d'une part les éléments "papier" du dossier soignant dans un service figurent dans un classeur stocké dans un lieu non sécurisé (banque d'accueil du service) accessible au public et d'autre part à l'accueil ou dans certaines unités les patients sont appelés nominativement par haut-parleur, pratique qui a été déclarée en événement indésirable par l'établissement.

Les services mettent en place un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage dès que les situations le nécessitent, dans le bâtiment où se situe l'USLD, une nouvelle chambre a été aménagée pour optimiser ces conditions spécifiques d'accueil. L'organisation des soins veille au respect de l'intimité et de la dignité du patient. Les "oculus" des portes de chambres sont systématiquement condamnés pendant les soins.

La participation du patient et s'il y a lieu de son entourage dans l'élaboration et la mise en œuvre de son projet personnalisé de soins est recherchée et tracée.

Les modalités de prise en charge de la douleur sont définies et connues des professionnels qui assurent la traçabilité des évaluations. Ces derniers mettent en œuvre, conformément au protocole en vigueur, la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins mais elle n'est pas réalisée systématiquement. En effet le dossier d'un patient âgé poly pathologique ne fait pas état de l'information délivrée au patient ou à son entourage concernant l'infection nosocomiale suite à la pose d'un picc-line.

Les professionnels respectent les modalités de mise en place et de suivi des mesures de restriction prescrites. Cependant, les projets médicaux n'identifient pas dans tous les secteurs les situations nécessitant une restriction de liberté. En réanimation et en soins continus, il existe une procédure et des pratiques généralisant la mise en place de contention sans que l'on retrouve dans le dossier du patient ni de prescription individuelle, ni d'argumentation bénéfique/risque, ni de mise en place de mesures de compensation.

Les écarts constatés par les experts-visiteurs ont immédiatement engendré une réflexion de la part de l'établissement.

L'intégration des représentants des usagers à la vie de l'établissement constitue une réalité à l'Hôpital Les Sources.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les modalités d'évaluation du processus "Droits des Patients" sont structurées et mises en œuvre.

Il existe une évaluation périodique du respect des droits des patients et des indicateurs internes sont mis en place, suivis et diffusés.

Le rapport de la CDU est élaboré annuellement, diffusé et transmis à la tutelle.

A / AGIR

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

Les résultats d'évaluation donnent lieu à la mise en place d'actions d'amélioration qui sont intégrées au Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins.

Les professionnels et les usagers sont informés des résultats des évaluations et des actions initiées.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

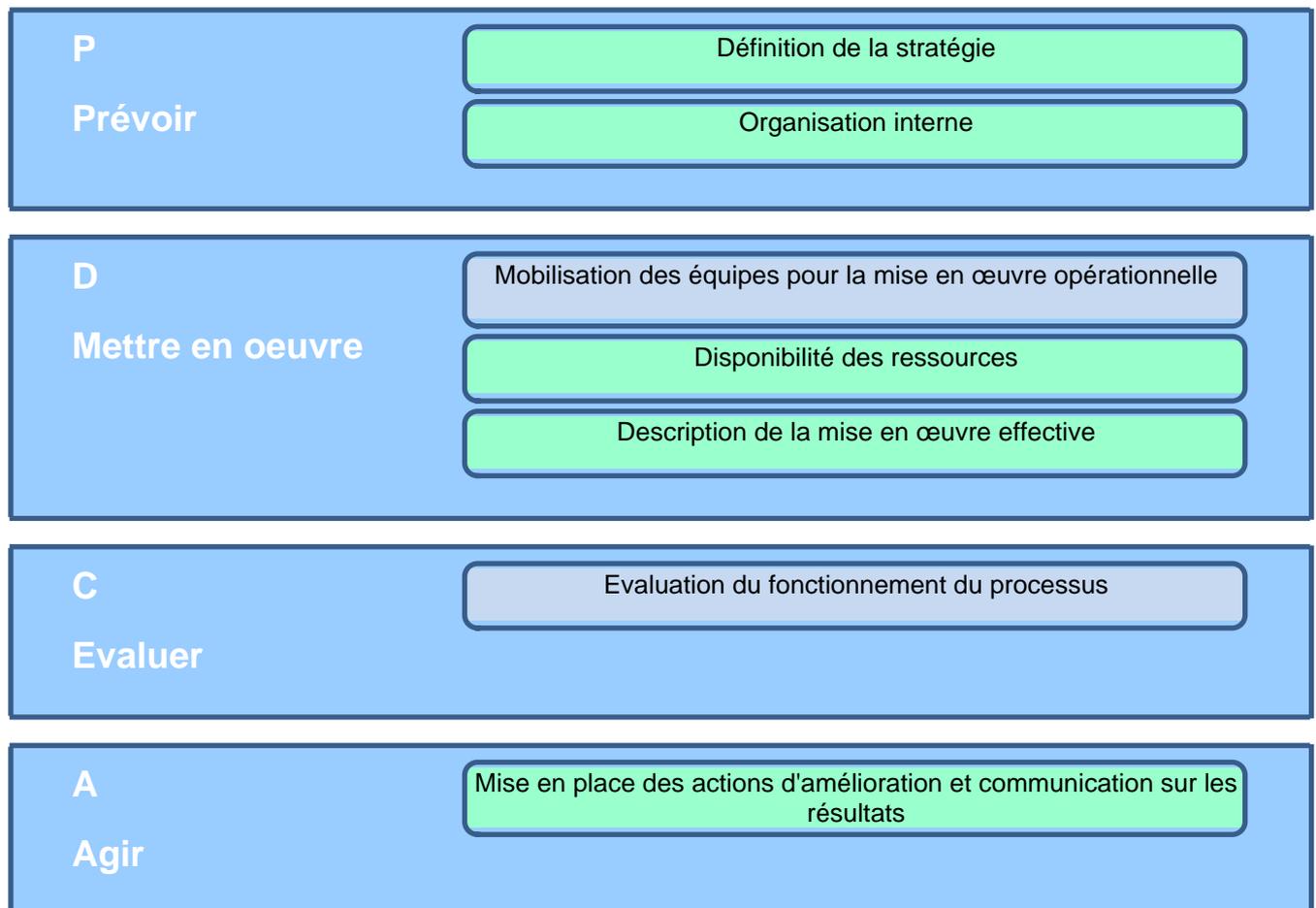
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital privé gériatrique les sources offre une prise en charge sanitaire spécialisée en gériatrie, bien identifiée dans le maillage territorial de l'offre de soins. Il a élaboré sa stratégie du Parcours patient à partir d'une analyse a priori et a posteriori de ses risques. Ce travail a été mené en groupes pluri professionnels autour des cinq parcours internes identifiés puis en groupe élargi pour en faire une analyse globale à partir des données propres de l'établissement (rapport V2010, fiche d'événement indésirable, plaintes et réclamations, indicateurs etc...). Cependant, cette stratégie du parcours patient ne prend pas en compte toutes les données contextuelles de l'établissement. En effet, l'analyse des risques ne couvre pas, malgré des dysfonctionnements identifiés, l'interdépendance forte avec les établissements de santé partenaires dont le CHU.

Tous les risques identifiés ont été analysés et priorisés selon une méthodologie validée. Ils ont donné lieu à un plan d'actions priorisées. Pour chacune des actions, un pilote a été désigné et les échéances et modalités de suivi définies.

Cette stratégie du parcours patient a été validée par les instances concernées et diffusée en interne.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du parcours Patient a été confié au président de la CME, et pour la déclinaison opérationnelle aux cinq médecins "chef de département". Les responsabilités associées au pilotage ont été déclinées dans une fiche de mission.

L'établissement a identifié cinq départements (réanimation-soins continus / médecine / SSR-USLD / Hôpital de jour - plateau technique / plaies et cicatrisation) participant en interne à la déclinaison de la stratégie Parcours Patient.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins.

Sur le plan des ressources humaines, les compétences spécifiques requises sont identifiées et le plan de formation vient les soutenir avec un volet gériatrique fort. Les entretiens d'évolution sont généralisés, et la polyvalence est encouragée pour sécuriser les organisations.

Des consultations spécialisées avancées sont organisées dans de nombreuses disciplines.

Le plan d'équipement priorisé annuel vient répondre aux besoins en équipements, et le cas échéant, le recours à la location permet de satisfaire ceux qui n'auraient pas été pris en compte.

La maintenance biomédicale des équipements est sous traitée, et des modes dégradés ont été définis pour chaque appareil sensible.

Les besoins en ressources documentaires ainsi qu'en supports d'information à destination des usagers sont définis.

La permanence des soins est garantie grâce au planning des astreintes médicales. L'activité est soutenue également par un dispositif d'astreintes opérationnelles en imagerie, et aux services techniques.

Des événements douloureux récents ont amené l'établissement à structurer tout son dispositif d'identification et de prise en charge du risque suicidaire.

L'établissement dispose de compétences en éducation thérapeutique, et d'une labellisation pour un programme sur l'insuffisance cardiaque aujourd'hui inactif. Cependant, la réflexion institutionnelle sur l'identification systématique et la traçabilité des besoins en éducation thérapeutique et plus largement en éducation à la santé n'a pas été menée. Cet état de fait a pu être objectivé par le patient traceur âgé poly pathologique, et confirmé lors des échanges avec les professionnels.

La prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques est organisée, et les besoins propres sont pour la plupart pris en compte. Malgré tout, les horaires des repas imposent au patient un jeûn nocturne supérieur aux recommandations sans mesures de compensation systématiques ni contrôle de leur efficacité. Par exemple, en USLD, le diner est servi à partir de 17h30 et le petit déjeuner à partir de 7h45. Les patients peuvent bénéficier s'ils ne dorment pas de collations vers 22h, mais cette pratique ne concerne pas tous les patients et n'est pas mise en place dans toutes les autres unités.

Les lits identifiés "soins palliatifs" et les moyens qui s'y rapportent permettent la prise en charge de la fin de vie.

L'établissement est lié par de nombreuses conventions avec les établissements privés ou publics partenaires. Les interfaces sont formellement organisées, tant en interne qu'en externe. Les demandes d'admission en SSR se font via la plateforme du Répertoire Opérationnel des Ressources de la région (ROR PACA) et l'Hôpital est pilote dans la mise en place du dispositif PRADO "personne âgée" en lien avec l'ARS.

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. La direction générale a signé un accord avec les représentants du personnel dont l'objectif est d'intéresser le personnel aux résultats de l'établissement avec le versement d'une prime d'intéressement complémentaire suivant la réalisation d'objectifs.

La démarche est déployée dans chacun des départements de l'établissement. Les professionnels ont été impliqués dans la réflexion et sensibilisés aux risques identifiés. Ils sont invités à participer aux audits mensuels réalisés, notamment à partir des données du dossier de soins, ainsi qu'aux analyses de patients traceurs. Ils sont incités à déclarer les événements indésirables et sollicités pour leur analyse.

Les résultats des différentes évaluations leur sont systématiquement retournés.

Un contrôle hebdomadaire par les cadres des certains item est organisé pour s'assurer de la mise en œuvre des bonnes pratiques. L'implication des personnels rencontrés est effective.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion documentaire informatisée garantit la mise à disposition des professionnels de la documentation validée et réactualisée nécessaire au bon déroulé du processus.

Les ressources matérielles dont les locaux et les équipements informatiques sont disponibles, adaptés aux besoins et aux projets en cours.

Le programme d'accessibilité a été déposé en préfecture. Toutes les chambres sont adaptées aux personnes à mobilité réduite. Une procédure de prise en charge des urgences vitales a été rédigée. Les unités sont équipées de chariots d'urgences au contenu harmonisé, dont les modalités de vérification sont définies.

Les actions de formations prévues au plan sont déployées. L'accueil des nouveaux agents est formellement organisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues pour sécuriser le parcours du patient sont connues des professionnels et mises en œuvre. Des réunions de synthèse pluri professionnelles ont effectivement lieu dans chaque unité et une RCP a été mise en place pour la prise en charge des plaies. Les projets de soins sont discutés collectivement et présentés au patient. Les dossiers de patients consultés et notamment ceux des patients traceurs, font état de projets de soins personnalisés, de la réflexion pluri professionnelle et de la recherche d'adhésion du patient. La traçabilité des différents professionnels intervenant dans la prise en soins est effective. Toutes les évaluations d'entrée dont l'IMC, et l'évaluation scorée du risque suicidaire y figurent. La mise à la rue en ambulatoire et la sortie de SSPI se font sur la base d'une évaluation scorée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital privé gériatrique les Sources a structuré le dispositif d'évaluation complet qui lui permet le suivi régulier de son dispositif.

Il participe aux indicateurs nationaux, s'est doté d'indicateurs propres, a élaboré un plan d'audits réguliers et participe à divers programmes de Benchmark régionaux. Le bilan des événements indésirables, des plaintes et réclamations, les rapports d'activité, et le suivi des actions du PAQSS participent à cette évaluation.

Plusieurs EPP sont en cours (pertinence de la prescription d'une nutrition parentérale, évaluation de la douleur chez le sujet âgé, tenue du dossier de rééducation et du dossier de soins etc...), et la méthode du patient traceur a été déployée et des RMM réalisées.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations donnent lieu à des actions d'amélioration. Les actions correctives sont intégrées au PAQSS institutionnel.

La communication des résultats et des actions est assurée grâce au dispositif de communication institutionnel. Ils sont présentés dans les instances dont notamment la CDU.

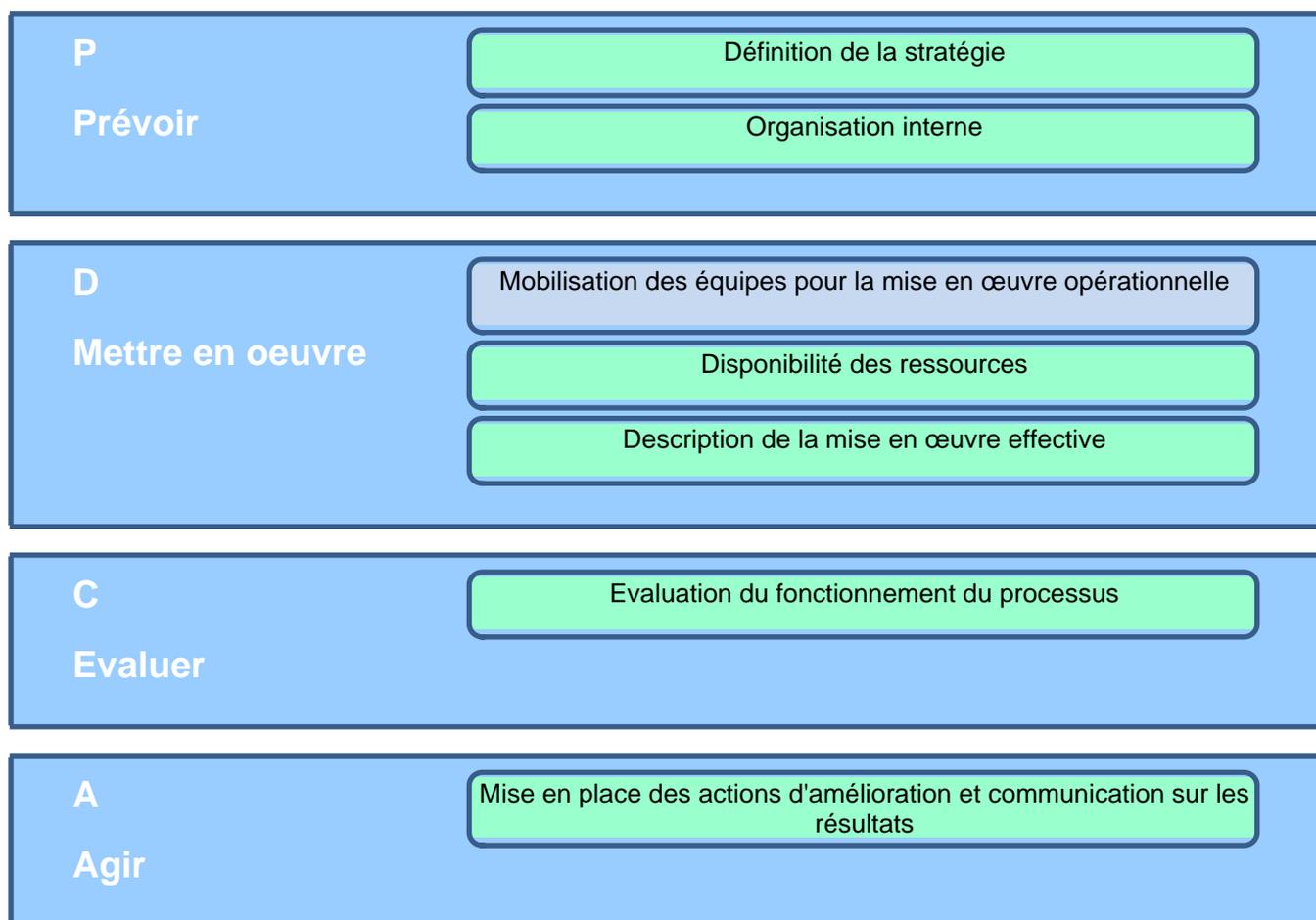
DOSSIER PATIENT

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



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Conformément à la double recommandation V2010, l'établissement a formalisé une politique globale de tenue et de gestion du dossier patient et identifié la responsabilité des acteurs aux différentes étapes de la prise en charge. Cette politique a été définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques et validée par les instances. Des objectifs précis et mesurables ont été fixés et sont intégrés dans le PAQSS. La politique définie couvre la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier, elle se décline dans un programme qui précise pour chaque action les responsabilités des acteurs concernés, leur planification et les modalités de suivi. Le compte qualité comporte pour cette thématique des risques identifiés qui ont trait principalement aux difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en place en 2015 du nouveau dossier patient informatisé. Ces difficultés s'avèrent aujourd'hui résolues ou en voie de résolution comme cela a été confirmé par les pilotes et révélé par les investigations de terrain menées auprès des professionnels de différents services.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter et mettre en œuvre le processus d'amélioration de la gestion du dossier patient et identifié les risques liés à cette thématique. Ce pilotage a été confié au Médecin DIM de l'établissement assisté de la Directrice des Soins, d'un référent médical et de la responsable de la gestion administrative des patients. Les habilitations des professionnels sont définies en fonction de leur profil, le circuit de délivrance est connu, sécurisé et cohérent. L'accès du patient à son dossier est organisé conformément à la réglementation, connu des professionnels et un référent est identifié qui en assure le suivi. A l'Hôpital Les Sources, cette mission incombe à la Personne Chargée de la Relation avec les Usagers qui assure le pilotage du processus "Droits des Patients". Les informations aux patients concernant leurs droits et les modalités d'accès à leur dossier figurent dans le livret d'accueil remis à l'arrivée. En ce qui concerne l'archivage des dossiers médicaux, un guide de gestion des archives médicales a été élaboré et validé. Cependant, les règles de gestion des archives médicales ne sont pas toutes formalisées. L'accessibilité aux dossiers médicaux 24H/24 des locaux d'archivage n'est pas organisée, le guide de gestion des archives médicales ne prévoit pas ces modalités. Les interfaces notamment entre les unités et les secrétariats, avec le service informatique sont organisées.

D / METTRE EN ŒUVRE

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. La direction générale a signé un accord avec les représentants du personnel dont l'objectif est d'intéresser le personnel aux résultats de l'établissement avec le versement d'une prime d'intéressement complémentaire suivant la réalisation d'objectifs.

Le management des différentes unités conduisent la démarche d'amélioration au sein de leur secteur en lien avec les objectifs définis de cette thématique. Ils relaient et impulsent cette démarche et s'assurent avec une fréquence régulière (hebdomadaire) de la conformité des pratiques liées au dossier patient et mettent en place les actions correctives nécessaires. Il convient de souligner cette initiative qui a été mise en place dans l'établissement depuis plusieurs années.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble des professionnels (remplaçants compris) est formé à l'utilisation du dossier. La procédure dégradée qui s'applique en cas de panne informatique est maîtrisée par les professionnels et permet d'assurer le suivi des prises en charge, la continuité et la sécurité des soins.

Les outils informatiques disponibles et en nombre suffisant permettent de renseigner en temps utile le dossier avec l'ensemble des éléments concernant toutes les étapes de la prise en charge du patient et garantissent le partage des informations entre les intervenants.

Le service informatique interne de l'Hôpital Les Sources met en œuvre au quotidien les conditions de compétence et de réactivité pour optimiser la maintenance des applications et des outils à disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés au fur et à mesure dans le dossier patient. Les investigations menées ont permis de constater que le dossier se compose des éléments attendus : les informations administratives, les antécédents, l'examen initial et ses conclusions, le projet de soins personnalisé, les prescriptions, le recueil des éléments infirmiers et paramédicaux, l'actualisation au fil du séjour, etc... La coexistence d'un dossier papier et d'un dossier informatisé constitue encore une réalité au sein de l'Hôpital mais devrait à terme disparaître par le scannage systématique et l'intégration au dossier informatisé conformément à l'expérimentation menée actuellement au sein du service SSR.

A la fin de l'hospitalisation, la lettre de liaison est mise en place, les informations pour la continuité de la prise en charge après la sortie sont transmises en respectant les règles de confidentialité.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

Les rencontres avec les professionnels des différents secteurs ont permis de constater que les règles de tenue et d'accès au dossier sont connues.

Cependant, les pratiques d'archivage ne garantissent pas systématiquement la sécurité et l'intégrité des informations relatives aux patients. En effet, des dossiers sont stockés dans un sas non sécurisé (pas de détection incendie) devant le local d'archives par des professionnels.

Les délais d'accès du patient à son dossier sont respectés par l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la tenue du dossier patient est réalisée avec le recueil des IQSS et des indicateurs Hôpital Numérique conformément à la réglementation. Une revue annuelle du processus est organisée par les pilotes qui repose notamment sur les différentes évaluations et indicateurs (5 indicateurs suivis sur la tenue du dossier de soins infirmiers) mis en place en interne. Les résultats sont présentés aux instances et diffusés dans les services. Leur analyse permet de mettre en évidence les insuffisances qui nécessitent des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Au regard des résultats des évaluations, des actions d'amélioration sont décidées et validées en bureau qualité de la CME.

Dès leur validation, elles sont intégrées au programme d'actions institutionnel (PAQSS) qui prévoit les responsabilités, les échéances et les modalités de suivi.

La CDU est associée à la définition de ces actions, l'actualisation du programme qui en résulte est présentée aux instances et diffusée à l'ensemble des professionnels via le logiciel de gestion documentaire et les différents outils de communication à disposition.

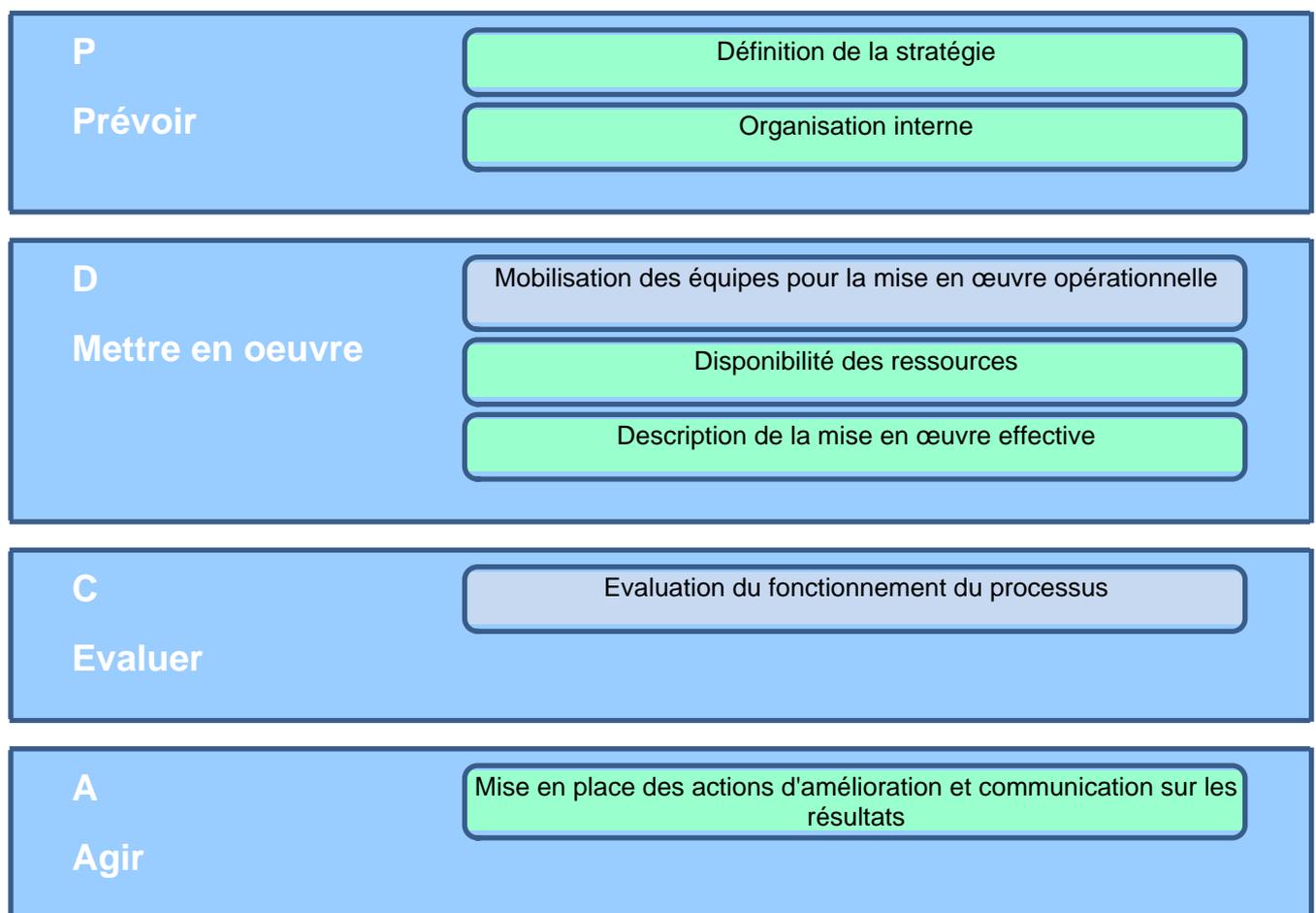
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Pour établir sa stratégie de la prise en charge médicamenteuse, l'Hôpital Gériatrique Les Sources a pris en compte :

- la réglementation (arrêté d'avril 2011 sur le Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse) ;
- le Contrat de Bon Usage et les indicateurs ;
- le bilan des CREX, des RMM, des Fiches d'Évènements Indésirables ;
- les résultats des audits internes sur les différentes étapes du processus ;
- les contraintes environnementales (conventions avec le CHU), matérielles (locaux de la PUI), partenaires externes (livraisons, approvisionnements) ;
- les données internes quant à la charge de travail et la quantification des personnels ;
- les particularités de la population des patients accueillis (personnes âgées) ;
- les risques liés à l'informatisation ;
- les besoins de formations ;
- le renseignement du Compte-Qualité (avec utilisation d'une méthode de calcul de risque validée).

Les orientations stratégiques sont intégrées dans le Projet d'Établissement : projet médical, projet de soins, projet qualité (PAQSS institutionnel), projet système d'information.

Le manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse disposant d'un volet Personnes Âgées décrit les différentes étapes du processus, les modalités d'évaluation des chaque étapes, mais aussi les modalités de suivi, avec les pilotes, les responsables. Il a été révisé et validé par le COMEDIMS, la CME et la Direction.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus a été confié aux pharmaciens. Les rôles et responsabilités liés au pilotage, au management de la qualité, à la pharmaco-vigilance sont définis et connus. Le COMEDIMS et la commission des anti-infectieux sont installés.

Afin de répondre aux missions de l'établissement, les ressources humaines nécessaires sont identifiées, tant en terme de qualification et de formation, qu'en terme quantitatif. Le plan de formation prévoit les actions nécessaires y compris au risque d'erreurs médicamenteuses. L'accueil des nouveaux professionnels est organisé.

Sur le plan matériel, les besoins en termes de locaux, d'équipement informatique, et tous les matériels nécessaires au stockage, au transport, à la délivrance et à l'administration du médicament sont identifiés.

Les règles de sécurisation du stockage sont identifiées.

Sur le plan documentaire, les besoins (en guides, base thérapeutique, protocoles, procédures, document de traçabilité, support d'information à destination des professionnels et des usagers) et leurs modalités de diffusion sont établis. Le Manuel de la Qualité de la prise en charge médicamenteuse a été révisé. Il comprend un volet concernant la personne âgée. Les règles de prescription et d'administration ainsi que les supports sont définis, connus de tous les prescripteurs. Ils ont été validés par le COMEDIMS, la CME et la Direction. La liste des antibiotiques faisant l'objet d'un suivi est établie. Les règles de conservation des stupéfiants sont rédigées.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est étendue à toutes les étapes, en lien avec le Système d'Information de l'établissement, l'analyse pharmaceutique est effective.

La permanence pharmaceutique est organisée. Il existe dans le service de réanimation un stock d'urgence pour les autres services, y compris pour les médicaments nécessitant le respect de la chaîne du froid. En dehors de la présence du pharmacien, la pharmacie est fermée et il existe des conventions pour un approvisionnement en urgence avec le CHU.

La continuité du traitement médicamenteux est assurée, de l'admission à la sortie du patient (dans le manuel qualité). L'information du patient sur le bon usage du médicament est organisée.

Le projet de conciliation médicamenteuse est en cours de développement (un deuxième pharmacien formé à la pharmacie clinique a été recruté en partie sur cette compétence depuis juin 2017).

Le signalement d'un évènement indésirable est organisé, l'analyse en est réalisée en CREX, le retour au déclarant est réalisé.

Les interfaces tant sur le plan logistique, qu'informatique avec des logiciels intégrés au Système d'Information, ou bien encore entre la PUI et les services cliniques sont formellement définies.

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. La direction générale a signé un accord avec les représentants du personnel

dont l'objectif est d'intéresser le personnel aux résultats de l'établissement avec le versement d'une prime d'intéressement complémentaire suivant la réalisation d'objectifs.

Les pilotes du processus ainsi que l'encadrement s'assurent de la mise en œuvre des organisations institutionnelles :

- les cadres ont mis en place une évaluation hebdomadaire dans chaque unité de soins comprenant des items de la prise en charge médicamenteuse ;
- les pilotes communiquent dans chaque unités de soins les résultats des indicateurs (ICATB, suivis des consommations, en particuliers des antibiotiques, médicaments à risques) ;
- les différents comités sont régulièrement informés des résultats des travaux du COMEDIMS : CME, cellule QGVR, direction,...
- les préparatrices vérifient régulièrement dans les unités de soins, la conformité des organisations définies, évaluent et tracent les dysfonctionnements.
- les soignants participent aux analyses des erreurs médicamenteuses.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux de la pharmacie, les armoires de stockage des médicaments dans les unités de soins sont sécurisés. Il existe à la pharmacie trois réfrigérateurs, et dans chaque unités de soins, un réfrigérateur dont les températures sont relevées journalièrement.

Les matériels informatiques, en nombre suffisants, permettent d'assurer les prescriptions, la validation de l'administration et l'analyse pharmaceutique dans tous les secteurs. En réanimation et en soins continus, la prescription informatisée fait l'objet d'un document imprimé sur lequel les professionnels, médecins et IDE, valident l'administration. Il existe une procédure dégradée permettant les prescriptions et la validation de l'administration en cas de panne informatique. Le système d'information fait l'objet de maintenance curative permettant de réduire au maximum la durée d'une panne. Les matériels pour la prise en charge médicamenteuse de l'urgence sont identifiés, en nombre adéquat, vérifiés mensuellement (contenu, validités, fonctionnement du défibrillateur).

La documentation est disponible de façon informatisée, sur la gestion documentaire, mais aussi sous forme papier. Il existe des documents d'aide à la prescription, inclus pour certains dans l'outil informatique, selon la fonction rénale, mais aussi des protocoles d'antalgie, d'antibiothérapie curative, de modalités pratiques de sédation en phase terminale, mise en place d'une alimentation parentérale, gestion des gaz médicaux, gestion et vérification des chariots d'urgence,... mais aussi des outils d'aide à l'administration (médicaments écrasés, reconstitution des injectables, correspondance entre DCI, génériques et princeps, conservation à l'abri de la lumière, de la chaleur, livret thérapeutique, conservation des collyres et pommades après ouverture).

Les personnels sont en nombre suffisants. Les formations, y compris aux erreurs médicamenteuses, sont réalisées, y compris aux nouveaux prescripteurs (nouvel arrivant, internes en médecine), mais aussi auprès des IDE.

Il est à noter que les internes ont des droits de prescription limités à leur arrivée, en accord avec un médecin senior, qui élargit ces droits selon l'évolution des étudiants.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les prescriptions sont informatisées sur l'ensemble des services, comme en témoigne l'indicateur concernant le médicament sur la tenue du dossier. L'administration est tracée en temps utile sur le dossier informatisé, sauf en réanimation où elle est tracée sur un document papier issu des prescriptions informatisées, en temps réel.

Toutefois, la traçabilité de l'administration des médicaments dans le dossier du patient n'est pas toujours assurée. En effet, lors de l'audit de processus, en présence du pharmacien, du médecin responsable du service, il a été constaté en USLD l'absence de validation d'une injection d'octréotide à deux reprises la nuit et de la pose d'une perfusion à deux reprises la nuit. De plus, il a été constaté par les experts-visiteurs l'absence partielle de la trace de l'administration de certains médicaments dans 1 dossier sur 9 consultés au hasard. Toutefois, le défaut de traçabilité n'est pas du tout une généralité au sein de l'établissement qui a pris de suite en compte cet écart.

Les horaires d'ouverture de la PUI, d'astreinte des pharmaciens et l'organisation en place permettent un approvisionnement en permanence en médicaments, dans tous les services.

Les règles de transport des médicaments ne sont pas toutes respectées. En effet, lorsque les infirmières viennent à la pharmacie chercher les boîtes où ont été préparés les médicaments faisant l'objet d'un ajout à la dispensation du service (boîtes prévues pour être sécurisées), celles-ci ne sont pas toujours sécurisées par un lien, comme il a été constaté, en accord avec les pharmaciennes et une préparatrice, lors de l'audit du processus avec la visite des locaux de la PUI.

La procédure de gestion du traitement personnel est connue des infirmières et appliquée.

Les règles de conservation et de suivi des stupéfiants sont mises en œuvre selon la réglementation.

L'analyse pharmaceutique est en place ; les pharmaciens ont accès aux données biométriques et biologiques des patients par le dossier informatisé, et à la totalité du traitement, y compris le traitement habituel du patient.

La continuité du traitement est assurée, de l'admission à la sortie, y compris lors de permission, de rendez-vous extérieurs.

Les règles de préparation des médicaments (reconstitutions des injectables, médicaments écrasés, ...) sont respectées.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est effective, en particulier en SSR cardio-vasculaire, avec des outils d'informations (carnet AVK, suivi des glycémies...).

Les différents professionnels concernés par la prise en charge médicamenteuse connaissent le circuit des Fiches d'Événements Indésirables et s'en servent régulièrement. L'analyse de ces fiches d'événement indésirable est réalisée en CREX et le retour au déclarant est effectif.

La gestion des chariots d'urgences est effective.

La convention des DMRS avec la clinique Saint George permettant la stérilisation des matériels nécessaire aux endoscopies (en dehors des endoscopes) est en place et effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'hôpital privé les Sources a identifié son dispositif structuré de suivi de son processus. Chacune des étapes de la prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'une évaluation régulière.

Le plan d'action de la prise en charge médicamenteuse, intégré dans le PAQSS institutionnel, est révisé annuellement, avec mesure du nombre d'actions réalisées, dans les délais initialement envisagés.

L'établissement recueille de nombreux indicateurs, les règles de tenue du dossier (incluant les prescriptions), mais aussi les suivis de consommation d'antibiotiques, de morphiniques.

Il existe plusieurs EPP sur les médicaments :

- Pertinence de la prescription de la forme injectable du paracétamol IV chez la personne âgée, nouvellement initiée ;
- Pertinence de la nutrition parentérale chez le patient âgé dénutri, plus ancienne ;
- Conformité de la prescription et qualité de l'antibiothérapie curative ;
- Pertinence de la prescription d'HBPM préventif et surveillance ;
- Prescription médicamenteuse chez la personne âgée : nombre de psychotropes par ordonnance de sortie, associations de psychotropes, benzodiazépines, médicalement potentiellement inappropriés.

De nombreux audits sont réalisés en interne :

- Qualité des avis pharmaceutiques ;
- État des armoires des unités de soins ;
- Classeurs qualité pharmacie ;
- Chambres des erreurs.

Ces différentes évaluations permettent d'identifier des actions d'amélioration.

A / AGIR

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

L'Hôpital Les sources a conduit plusieurs actions d'amélioration, issues des constats des différents audits ou suivis d'indicateurs :

- Mise en place de la réévaluation de l'antibiothérapie en paramétrant le logiciel avec de plus, blocage de l'antibiothérapie pour une durée maximale de 7 jours, sauf justification spécifique ;
- Recrutement d'un pharmacien compétent pour la conciliation médicamenteuse ;
- Actualisation du protocole "Chlorure de Potassium" suite à un CREX ;
- Sensibilisation sur l'interruption de tâches lors de l'administration du médicament, avec mise en place sur le chariot de distribution d'une affiche large et lisible ;
- Version 3 de la procédure dégradée ;
- Version 4 du manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse.

La communication des résultats d'audits, d'indicateurs, ainsi que des actions d'amélioration identifiées, est réalisée par et/ou auprès des différentes instances concernées : COMEDIMS, Comité des Antibiotiques, CME, Direction, Commission des Usagers.

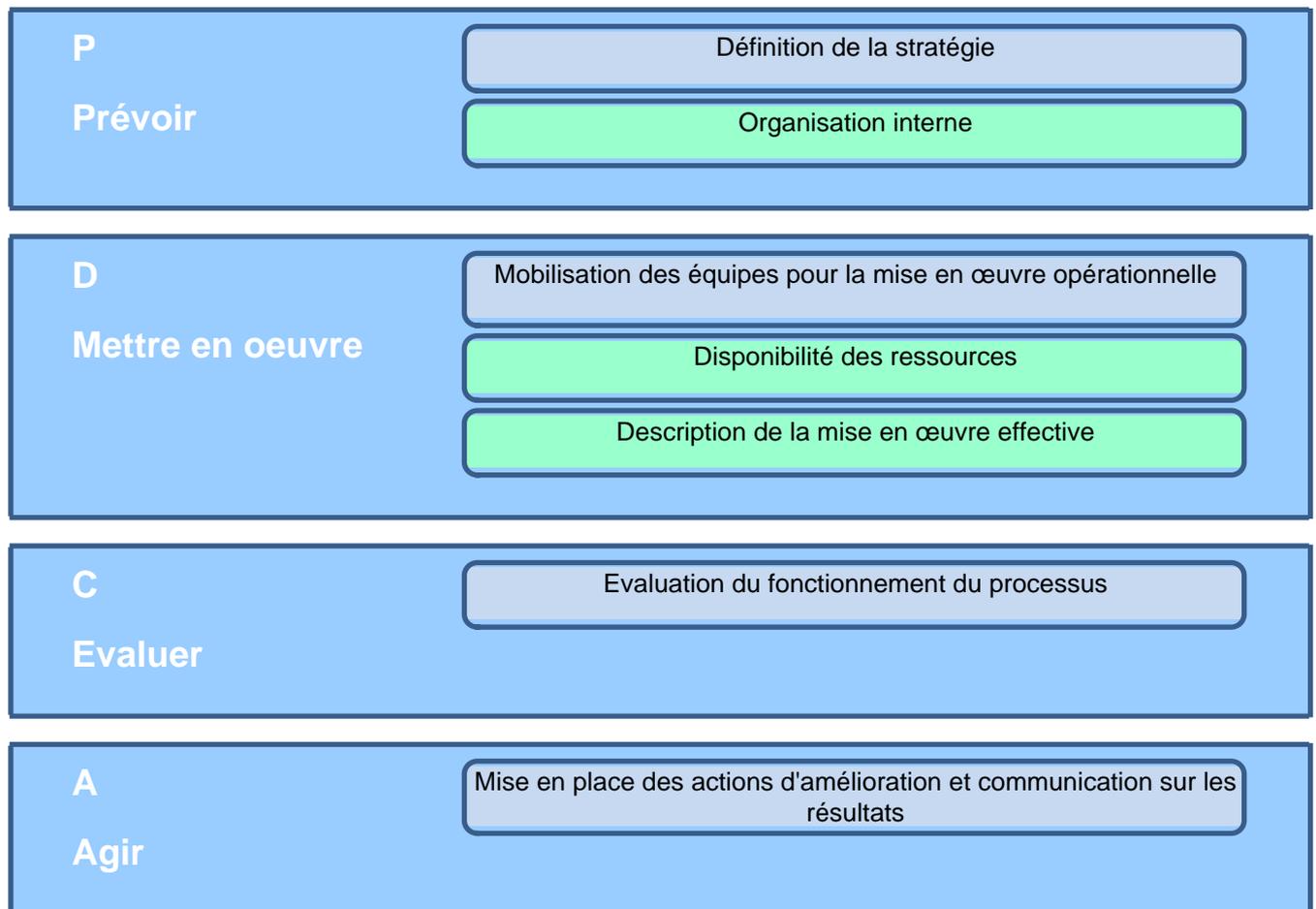
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'unité d'endoscopie se situe sur le plateau technique en continuité du service de l'hôpital de jour où quelques patients sont admis pour bénéficier en ambulatoire d'une endoscopie digestive sous anesthésie, le reste de l'activité concernant essentiellement les patients hospitalisés.

L'hôpital privé gériatrique les Sources a élaboré le manuel qualité de la prise en charge endoscopique qui en est à sa deuxième version. Il a défini sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge endoscopique sur la base d'une identification de ses missions, et de l'analyse de la réglementation en vigueur, des recommandations, des règles de bonnes pratiques et de ses données propres. La démarche d'amélioration continue de la qualité est ancienne et maîtrisée dans le secteur d'endoscopie.

L'analyse a priori et a posteriori des risques identifiés selon la méthode proposée par la HAS a permis leur hiérarchisation en équipe pluri professionnelle. Pour chacun des risques identifiés, un plan d'actions a été formalisé avec définition des modalités de pilotage et des échéances. La stratégie ainsi définie est articulée avec le PAQSS institutionnel validée par les instances concernées et diffusée en interne sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié à un binôme constitué d'un anesthésiste réanimateur et du cadre de santé en charge du plateau technique qui assure la régulation de l'activité. Leurs missions sont déclinées dans une fiche de mission et reprises dans la charte de fonctionnement de l'endoscopie qui décline les objectifs, l'organigramme du secteur, les organisations et les règles de fonctionnement. Le pilotage concerne l'ensemble de l'activité endoscopique (digestives, ORL, pulmonaires programmées et celles réalisées en urgence dans le service de réanimation, les écho-cardiographies trans-oesophagiennes pratiquées par les cardiologues).

La permanence des soins n'est pas assurée par l'établissement, les endoscopies réalisées entrent dans le cadre d'une activité programmée à l'exception des bronchoscopies, à l'exception de quelques endoscopies pulmonaires réalisées en urgences par les réanimateurs en dehors des heures d'ouverture.

Le matériel mis à disposition des professionnels correspond à l'activité et aux normes et recommandations en vigueur.

La maintenance préventive et curative fait l'objet de contrat de prestation avec les fournisseurs des équipements. Un programme de renouvellement des équipements est défini et le parc est harmonisé avec celui de la réanimation pour pallier les défaillances. La surveillance bactériologique est organisée.

Sur le plan des ressources humaines, chaque journée d'endoscopie sous anesthésie générale mobilise trois infirmières. Une pour la salle d'examen, une pour le lavage désinfection, et une autre pour la SSPI. Les besoins en formation sont identifiés, notamment pour les infirmières de réanimation qui sont ponctuellement mobilisées pour une endoscopie bronchique en urgence. Tous les protocoles et procédures conformes aux données actuelles requis pour sécuriser le processus sont rédigés. Les documents supports nécessaires à toutes les étapes, de la demande à la surveillance post examen ont été élaborés ainsi que tous les documents d'enregistrement.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels, notamment avec les services demandeurs, mais aussi avec tous les autres prestataires (pharmacie, laboratoire, fournisseurs).

La qualité de responsable de l'EOH du pilote médical et celle de matério-vigilant du copilote paramédical facilitent dans ces deux domaines les interfaces.

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. La direction générale a signé un accord avec les représentants du personnel dont l'objectif est d'intéresser le personnel aux résultats de l'établissement avec le versement d'une prime d'intéressement complémentaire suivant la réalisation d'objectifs.

Les pilotes mobilisent régulièrement les professionnels autour des enjeux qualité et des risques identifiés. Le travail d'analyse des risques s'est fait avec l'ensemble de l'équipe paramédicale et la secrétaire de même que ces acteurs participent activement à la rédaction des différents protocoles et procédures utiles à leur mission. Les professionnels sont invités à déclarer les événements indésirables pour lesquels, une liste d'événements indésirables sentinelles a été élaborée afin de garantir l'exhaustivité du recueil. Ils participent aux CREX et RMM et à la recherche des pistes d'amélioration, ainsi qu'aux différentes évaluations et analyses de pratique (EPP, audits...). De nombreuses réunions à la faveur desquelles sont restitués les résultats ont été menées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tous les personnels concernés sont formés à la pratique des endoscopies et au traitement des endoscopes. Une infirmière référente assure la formation de tous les nouveaux professionnels de Réanimation. L'encadrement des nouveaux professionnels est organisé, ainsi que le bio-nettoyage des locaux.

Bien que les seuils d'activité soient modestes, tout le matériel requis tant pour la réalisation des examens, que pour le traitement des endoscopes, ou l'anesthésie et sa surveillance, est à disposition et conforme aux dernières normes en vigueur. Une salle de lavage-désinfection des endoscopes équipée d'une paillasse semi-automatique de traitement des endoscopes avec un extracteur d'air pour limiter les émanations d'acide peracétique et d'une enceinte de stockage des endoscopes permet le respect de la marche en avant. Une SSPI de 4 places permet l'accueil des patients avant examen et la surveillance post examen.

La nombreuse documentation réalisée est actualisée, validée et accessible sur le logiciel de gestion documentaire. Les documents nécessaires aux enregistrements ont été élaborés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations définies sont connues et mises en œuvre par les professionnels. Le traitement de la demande via le secrétariat permet la vérification des prérequis. Les pratiques sont conformes aux procédures et recommandations de bonnes pratiques. La marche en avant est respectée. La check-list sécurité est réalisée et archivée dans le dossier du patient ayant bénéficié d'une endoscopie digestive ou bronchique. L'évaluation des risques (ATCN, Hémorragique...) est effective.

Les différentes traçabilités (surveillance bactériologique, cahier de vie des endoscopes, cahier d'ouverture des salles, traitement des endoscopes, traçabilité du consentement éclairé...) sont faites conformément aux attendus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a identifié le dispositif structuré d'évaluation régulière et complète de l'ensemble de son processus sur la base d'indicateurs, d'un plan d'audit, d'EPP, du suivi des événements indésirables et d'une enquête de satisfaction des patients. Le dispositif d'évaluation est périodique et est réalisé depuis plusieurs années. Les résultats sont exploités et permettent d'identifier les actions correctives nécessaires avec les différents acteurs.

A / AGIR

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

Le bilan des évaluations donne systématiquement lieu à l'analyse et la mise en place d'actions correctives. Le bilan du programme d'amélioration de la qualité est réalisé annuellement avec le service Qualité et le plan d'action réajusté articulé avec le PAQSS institutionnel.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées avec les autres plans d'actions dans le PAQSS institutionnel. L'ensemble de la démarche fait l'objet d'une diffusion en interne à travers l'intranet et auprès des instances concernées.