



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION POLYCLINIQUE DE LISIEUX

**175 Rue Roger Aini
14100 Lisieux
OCTOBRE 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	7
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	7
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	7
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	7
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	7
5. SUIVI DE LA DÉCISION	7
PROGRAMME DE VISITE	8
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	8
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	8
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	9
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	10
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	14
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	29
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	43

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

POLYCLINIQUE DE LISIEUX	
Adresse	175 rue roger aini 14100 Lisieux
Département / région	CALVADOS / NORMANDIE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	140000423	POLYCLINIQUE DE LISIEUX	175 rue roger aini 14100 Lisieux
Etablissement de santé	140018730	POLYCLINIQUE DE LISIEUX	175 rue roger aini 14100 Lisieux

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	34	18

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	/
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte homme 71 ans	Chirurgie HC	hernie inguinale	Programmé	Complexe HTA méningiome kystique parkinson	MCO
2	Enfant de 3 ans	Chirurgie ambulatoire	hydrocèle	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte femme de 43 ans	Chirurgie ambulatoire	Hystérectomie	Programmé	Simple	MCO
4	Personne âgée femme 74 ans	Chirurgie HC	PTH	Programmé	Complexe Epithéliome spondylartrite	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

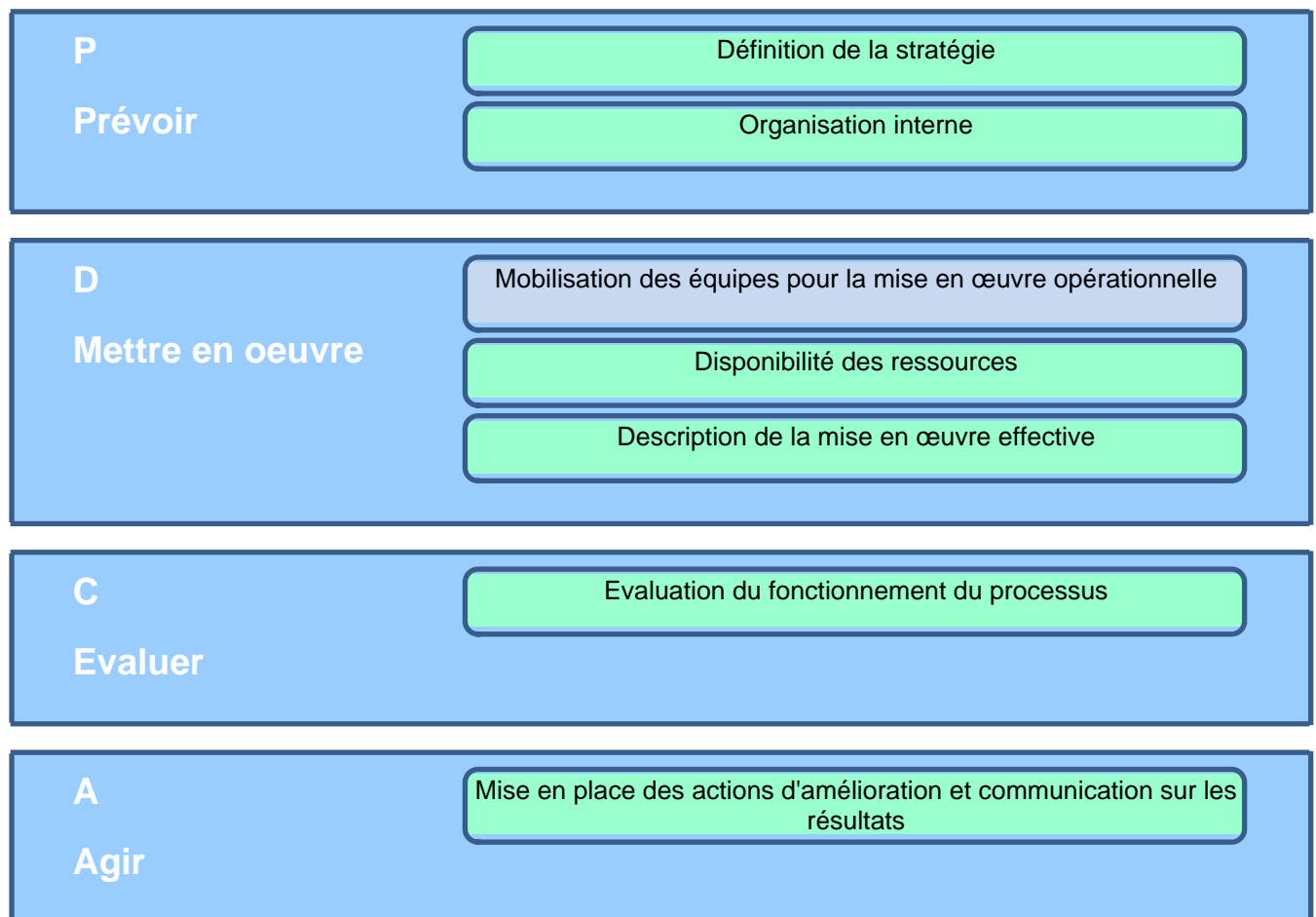
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique Qualité et Gestion des Risques est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement (avenant 2018 au projet d'établissement 2013-2017) ainsi que la stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles. Les orientations stratégiques tiennent compte des missions de l'établissement, des obligations légales nouvelles et des recommandations issues de la certification V2010. Elles ont été validées en Comté de Direction (CODIR) et en Conférence Médicale d'établissement (CME) en décembre 2017. Elles tiennent compte du projet des usagers 2018 présenté par les représentants des usagers en Commission des Usagers (CDU).

Les cartographies des processus et de leurs risques ont été réalisées avec les professionnels concernés, notamment en groupe de travail sur la base du volontariat, et selon une méthodologie définie (cotation de la criticité à l'aide de l'échelle de la Haute Autorité de Santé). Ces travaux ont permis d'identifier des objectifs d'actions d'amélioration pour chacun des processus étudiés.

Un plan d'action institutionnel (PAQ global) regroupe l'ensemble des actions d'amélioration identifiées par processus et précise pour chacune de ces actions les modalités de mise en œuvre (responsable, échéance, modalités de suivi).

Les informations transmises dans le Compte-Qualité sont issues des cartographies et identifiées en tant que tel dans le PAQ global.

Ce travail a été réalisé par la Responsable Qualité de l'établissement en lien avec les pilotes de processus.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes et co-pilotes de processus sont nommés et leurs rôles et responsabilités sont formalisés dans des fiches de mission individuelles. Chaque pilote suit son PAQ en lien avec l'instance ou groupe de travail correspondant, le cas échéant.

La responsable qualité assure la coordination de la démarche qualité gestion des risques, elle est également désignée coordonnateur des risques liés aux soins. Ce qui est précisé dans sa fiche de fonction.

Un point Qualité est assuré lors de chaque CODIR et régulièrement en CME. La commission d'évaluation des pratiques professionnelles se réunit 1 fois/an à l'occasion de la dernière CME de l'année.

Un Comité de Pilotage Qualité et Risques (CPQR) se réunira 1 fois/trimestre pour assurer le suivi du PAQ global. Le règlement intérieur du CPQR a été validé lors du CODIR d'avril 2018. La mise en route du CPQR permettra de renforcer la formalisation de cette coordination. Enfin, la Responsable Qualité participe à toutes les réunions d'instances et la taille de l'établissement facilite les échanges entre professionnels de manière informelle.

Le personnel a bénéficié de formation en matière de qualité et gestion des risques (préparation de la certification V2014, CREX et méthode d'analyse des causes profondes).

Des actions de sensibilisation sont organisées régulièrement telles que la journée d'Hygiène des mains et la semaine de la sécurité des patient avec la participation des représentants des usagers, l'organisation d'une chambre des erreurs, la mise en place de 1/4 d'heures thématiques selon un calendrier défini (Bientraitance, Médicaments, Douleur, Hygiène, etc.).

Un dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels, intégrant la diffusion des procédures et protocoles. Toutefois, le dispositif de gestion documentaire n'est pas homogène. En effet, plusieurs supports informatisés différents non interfacés ni évalués subsistent en fonction des secteurs (bloc, logiciel officiel). Un certain nombre de comptes-rendus d'instances 2017 et 2018 ne sont pas consultables par les salariés dans le logiciel officiel mais sur un serveur annexe. De plus, certains documents diffusés n'étaient pas datés ou mal indexés (doublon de code).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme institutionnel d'amélioration de la qualité et des risques se décline de manière

opérationnelle et structurée par thématique et/ou secteur d'activité. Chaque pilote est responsable de la mise en œuvre, du suivi de son plan d'action et des indicateurs associés, ainsi que de sa mise à jour, y compris celle la cartographie des risques.

Des audits internes, des démarches EPP et le recueil des indicateurs IQSS sont organisés. Les résultats sont diffusés aux professionnels via les réunions de service, d'instances ou par le biais du journal interne.

Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Outres les vigilants, des référents soignants sont identifiés dans les services de soins concernant notamment l'hygiène, la bientraitance ou encore la sécurité transfusionnelle.

Le dispositif de gestion documentaire informatisé est connu des professionnels. Les documents utiles notamment les procédures en lien avec leurs activités de soins pour réaliser leurs missions sont accessibles. Les professionnels réalisent leur recherche à l'aide d'un mot clé. La réactualisation des procédures insérées est en cours de vérification après l'intégration globale des documents réalisée, par le prestataire, dans le cadre de la mise en place de la gestion documentaire interne à la polyclinique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif de gestion des événements indésirables (EI) est approprié et opérationnel. Les professionnels déclarent les EI sur un outil informatisé qui leur permet d'avoir un retour d'information sur le traitement de leur signalement.

Des Comités de Retour d'Expérience (CREX) et des Revues de Mortalité-Morbidité (RMM) sont réalisées lorsque besoin et donnent lieu à des actions d'amélioration. Des tableaux de service sont également à disposition des professionnels dans les unités de soins pour déclarer les dysfonctionnements récurrents, une analyse en est réalisée 1 fois/semestre.

Les alertes descendantes ou ascendantes sont traitées par les vigilants concernés, notamment en cas d'alerte de matériovigilance sur un dispositif médical implantable ou sur un médicament.

Un bilan des vigilances est présenté annuellement en CME. Le dispositif Plan Blanc et de gestion de crise est en place et opérationnel. La polyclinique est identifiée comme établissement de recours.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La cellule qualité de la polyclinique mène des EPP sur les différents secteurs d'activité clinique (Chirurgie, Ambulatoire, Bloc opératoire), notamment en lien avec des recommandations issues de la précédente visite de certification.

Des Réunions de Concertation Pluriprofessionnelle (RCP) sont en place, notamment dans le cadre du réseau 3C réseau de cancérologie régionale.

Certains médecins communiquent les informations concernant leur participation au dispositif d'accréditation des spécialités à risques.

La satisfaction des usagers est évaluée régulièrement (analyse des questionnaires de sortie, de l'enquête e-SATIS). Les résultats sont communiqués aux professionnels et en CDU.

Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec la commission des usagers. Un bilan annuel leur est communiqué précisant les délais de réponses.

A / AGIR

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

Le système de management de la qualité et de gestion des risques est notamment évalué sur la base d'un tableau de bord des indicateurs nationaux et internes définis pour chacun des processus, tenus et suivis par les pilotes. Une mise à jour des cartographies des risques a également été réalisée par les pilotes.

Les résultats des démarches EPP et audits sont présentés en instances et aux professionnels.

Les actions d'amélioration identifiées sont intégrés par les pilotes dans leur PAQ respectif.

Le bilan du PAQ global est prévu en CPQR 1 fois/trimestre. Son règlement intérieur a été validé en Avril 2018.

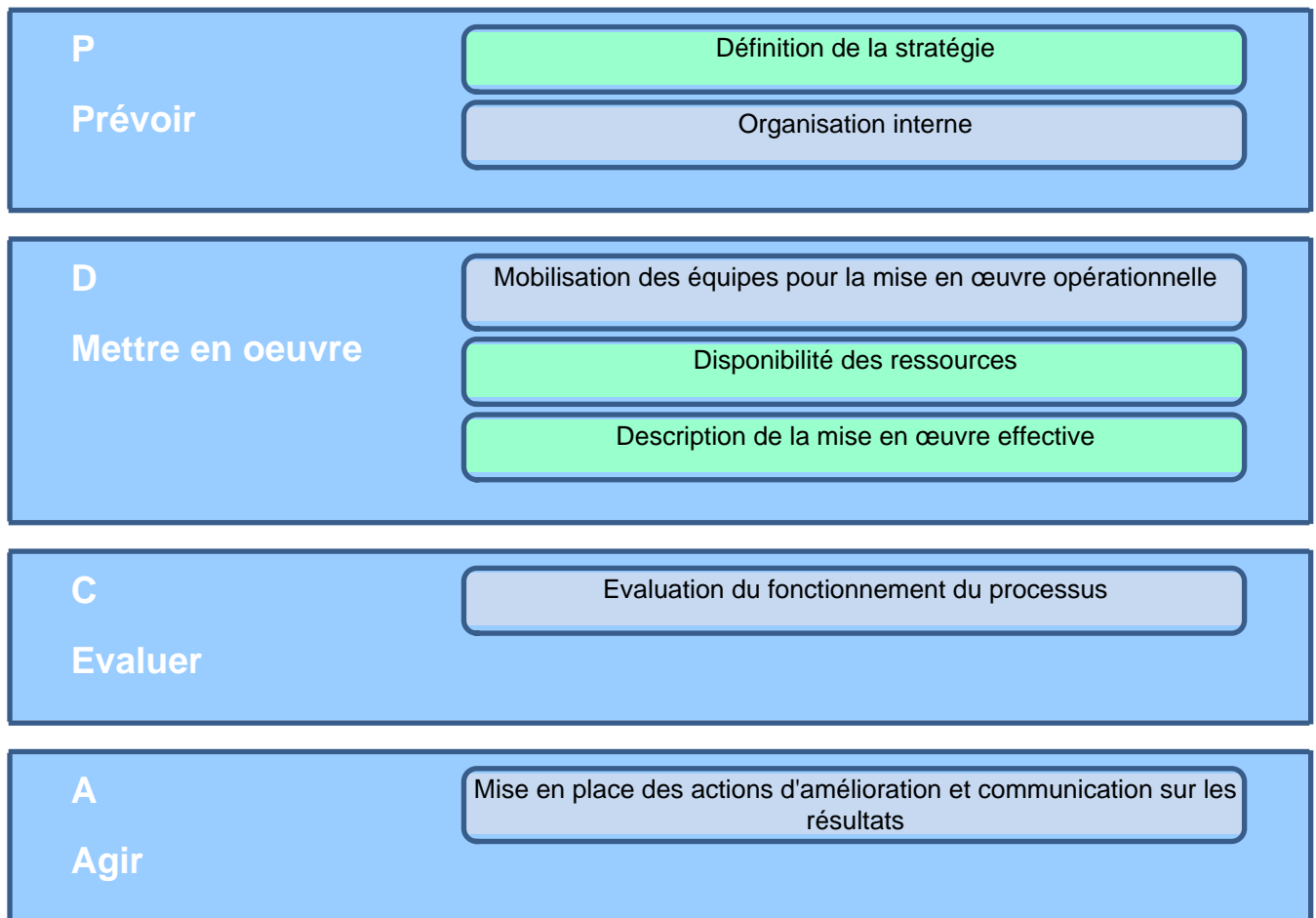
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de maîtrise du risque infectieux de la Polyclinique de Lisieux est définie en concertation avec le président de CME, le président du CLIN, l'IDE hygiéniste du groupe, la direction, la responsable de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). Elle est établie en lien avec le « PROPIAS » (Programme National d'Actions de Prévention des Infections Associées aux Soins) et elle s'applique à tous les secteurs de la clinique.

Pour définir les risques relatifs à la gestion du risque infectieux, la Polyclinique de Lisieux s'est appuyée sur un groupe pluridisciplinaire (médecins, cadre de soins et du bloc opératoire, infirmière hygiéniste, personnel de soins, cadre hôtelière, responsable qualité et gestion des risques, etc.) qui a élaboré une cartographie des risques à partir des scores des indicateurs nationaux, des résultats des visites de certification, des résultats d'audits régionaux et propres à l'établissement, des 4 EPP et des fiches d'événements indésirables (FEI). Les risques ont été priorisés selon la méthode HAS (fréquence, gravité, maîtrise) pour former le Compte Qualité (CQ). Les responsables des actions sont identifiés et leurs missions sont déroulées en mode projet (objectifs, moyens, échéancier, modalités de suivi).

Dans l'article 3 (Politique de gestion des risques infectieux), de l'avenant au Projet d'établissement 2013- 2017 qui est poursuivi en 2018, les objectifs priorisés sont mentionnés avec entre autre : la formation et la sensibilisation des professionnels à la maîtrise des IAS et du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques, le suivi des BMR et le respect des bonnes pratiques, l'hygiène des locaux et la gestion de l'eau, de l'air, des déchets et des excréta.

Cette stratégie a été validée par les instances concernées (CLIN et CME) et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Il est repris dans ses grandes lignes dans le PAQSS institutionnel. Le programme annuel s'appuie sur plusieurs axes : la prévention, la formation, la gestion des crises et des alertes, la surveillance des IAS et de l'écologie microbienne de l'établissement dans une stratégie d'optimisation du bon usage des antibiotiques, de lutte contre les BMR, d'évaluation des pratiques, d'analyse des causes des EI graves et le signalement externe dans e-SIN.

ORGANISATION INTERNE

La polyclinique a établi une organisation pour piloter le processus, tant pour la gestion de l'hygiène, que pour la promotion du bon usage des antibiotiques. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les ratios concernant les EOH sont suivis.

Le pilote du processus est l'IDE Hygiéniste du groupe titulaire d'un DU d'Hygiène Hospitalière, aidée par l'encadrement de chirurgie, du bloc opératoire et de l'hôtellerie.

Un CLIN pluriprofessionnel et une EOH sont en place avec des représentants dans les différents secteurs qui se réunissent trois à quatre fois par an et qui valident le bilan annuel en présence des représentants des usagers. Un règlement intérieur a été élaboré, les missions de ces deux instances sont organisées. Le CLIN collabore avec la responsables qualité et gestion des risques associés aux soins et la direction, en particulier en cas d'épidémie, de non conformités environnementales ou de gestion de crise. Les usagers participent au moins une fois par an au CLIN et les indicateurs sont affichés dans le hall.

L'équipe opérationnelle d'hygiène se compose d'une IDE hygiéniste que le groupe propriétaire se partage, de la pharmacienne, d'un agent de stérilisation, de chirurgiens, d'infirmières, d'aide-soignante et d'ASH. Cette équipe assure une permanence dans le cadre de la lutte contre les infections associées aux soins, avec l'appui des structures régionales : RRHBN (Réseau Régional d'Hygiène de Basse Normandie), le Cpias, Qual'Vaet l'Omédit.

Le bon usage des ATB est organisé en partenariat avec le COMEDIMS, les deux biologistes du laboratoire prestataire qui disposent de DU en épidémiologie et en antibiothérapie, des formations sur l'antibiorésistance sont dispensées par l'IDE hygiéniste.

Le système documentaire est actualisé, les professionnels ont accès en ligne à toutes les procédures (bionettoyage, préparation cutanée de l'opéré, l'antibio prophylaxie vient d'être réactualisée, antibiothérapie de première intention, etc.). Un livret d'antibiothérapie de première intention est également disponible pour les praticiens, la réévaluation est surveillée par la pharmacienne.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité soit par le système d'information, soit par fax ou téléphone pour le laboratoire

qui n'est pas encore interfacé avec le dossier patient informatisé (DPI).

La gestion des alertes est organisée (mail, fax, téléphone).

Un réseau de correspondants en hygiène au sein de la clinique (personnel d'encadrement des services et du bloc opératoire entre autres) a bénéficié de formations spécifiques en interne par l'IDE hygiéniste du groupe.

Le circuit des déchets est géré en collaboration avec la responsable hôtelière et les prestataires extérieurs. Les prélèvements et la surveillance du circuit d'eau, de l'air dans les blocs opératoires et des surfaces sont effectifs et leur analyse est organisée.

Le plan de formation intègre les nouveaux personnels et favorise l'accès à la formation continue par le biais de supports de formation très variés et imaginatifs : des quizz, des « Serious Game », les formations de l'ARLIN et la participation à des congrès. Une formation sur l'antibiorésistance est organisée.

La politique d'achat du matériel, de surveillance des travaux et de maintenance est en adéquation avec les objectifs du CLIN.

Le bloc et l'endoscopie sont identifiés comme secteurs à risque avec des chartes et règlements intérieurs individualisés.

Lors de la semaine sécurité des patients des ateliers hygiènes sont proposés au personnel, aux patients et visiteurs.

L'EOH travaille également avec la médecine du travail pour tout pour une sensibilisation sur les vaccinations du personnel et sur le risque d'accidents d'exposition au sang (AES:(coupure piques).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle : des objectifs annuels sont fixés et les indicateurs sont mis en place. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur.

Un tableau des FEI récurrentes est en place dans chaque secteur et permet leur analyse tous les semestres. La participation des professionnels est active principalement sur le signalement a posteriori des dysfonctionnements mais aussi sur l'élaboration des procédures et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Les conditions d'hygiène des locaux en lien avec l'EOH et la CME sont mises en œuvre tant au niveau des protocoles que des suivis et en particulier au niveau du bloc opératoire.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats.

Les missions de l'infirmière hygiéniste intègrent l'appropriation des organisations, la surveillance de la mise en œuvre des plans d'actions, la formation en interne des professionnels et leur évaluation dans les services.

Les professionnels sont destinataires des résultats des indicateurs au cours des réunions de service, des quarts d'heure d'information, prochainement du journal du groupe qui remplacera le « PolyNew », des notes d'information avec le bulletin de salaire et également par le logiciel documentaire informatisé où sont déposés les présentations et les compte-rendu des réunions.

Les tableaux de suivi des indicateurs et des actions d'amélioration sont publiés, commentés et sont à l'origine de plans d'actions d'amélioration.

Les EPP traitant de problématiques opérationnelles (Pertinence des antibiotiques, gestion des excréta, zéro bijou hygiène des mains, microbiologie, etc.) contribuent à mobiliser les professionnels autour de leurs pratiques ainsi qu'à l'analyse des causes profondes des EI graves.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations) sont disponibles dans tous les secteurs de la polyclinique.

Un réseau de professionnels médicaux, paramédicaux permet la mobilisation et facilite les actions concernant la gestion des risques infectieux dans la clinique.

Les actions de formation en interne sont continues dans l'ensemble des services par les quart d'heure d'information. Les professionnels soignants sont formés et connaissent les procédures institutionnelles de l'établissement concernant la maîtrise du risque infectieux. Une formation sur l'antibiothérapie est en place.

L'EOH est concertée avant et pendant tout projet de travaux et met en place des réponses adaptées en cas de problèmes structurels (environnementaux) mais aussi pour le choix des matériaux, l'efficacité des confinements.

Les ressources en matériel sont en quantité suffisante pour l'entretien et l'hygiène des locaux .
La gestion des excréta se fait avec du matériel à usage unique pour tous les patients le nécessitant.
Les locaux de stockage des déchets à risque dans les services ainsi que le local central sont sécurisés.

Les ressources en documentation actualisée sont accessibles à partir de postes informatiques sur la GED de l'établissement. Une procédure de gestion des crises et des alertes ascendantes ou descendantes performantes est effective au sein de l'établissement. Le signalement des IAS mobilise l'ensemble de l'EOH qui mène l'enquête.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs de soins connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en soins du patient dans chacune des spécialités.

Des procédures ont été élaborées par et avec les médecins anesthésistes et les IADE, les chirurgiens et la pharmacienne et l'IDE hygiéniste concernant l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie de première intention dans l'établissement. Elles sont mises en application par les médecins.

Le CLIN se réunit régulièrement. Le bilan LIN est présenté en CDU et les usagers sont informés des indicateurs concernant la maîtrise du risque infectieux.

Les correspondants transmettent les messages aux différentes catégories soignantes et non soignantes de l'établissement. Il est à noter une grande réactivité et un grand professionnalisme qui permet de maîtriser la plupart des risques infectieux associés aux soins dans l'établissement.

L'organisation générale de l'entretien de locaux est formalisée et supervisée par la responsable hôtelière de l'établissement selon des règles conformes aux bonnes pratiques.

Des solutions hydroalcooliques datées sont présentes dans toutes les chambres et partout dans les services et secteurs à risque.

Les contrôles environnementaux sont assurés. La surveillance des points d'eau, de l'air et des surfaces est effectuée selon un calendrier formel. Les endoscopes bénéficient également de prélèvements en conformité avec les bonnes pratiques.

Le personnel connaît les procédures de précautions standard et complémentaires y compris en ambulatoire ainsi que les kits d'équipements de protection individuelle.

La conduite à tenir en cas d'AES est également maîtrisée avec des boites contenant la procédure miniaturisée et le kit d'urgence.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, y compris pour la réévaluation de l'antibiothérapie à 24/72h et 7 jours par le pharmacien et les médecins même si la durée de séjour est très courte dans l'établissement.

Le bionettoyage est tracé. Au bloc et en SSPI, il est intégré au logiciel patient informatisé dans le programme opératoire, les temps de pause sont visuellement contrôlables et respectés.
La surveillance des BMR est suivie et le signalement organisé.

En ce qui concerne la programmation du bloc opératoire, elle intègre le risque infectieux et est discutée en comité de bloc chaque semaine.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique a mis en place des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise des risques infectieux à l'aide d'audits, d'EPP (quatre EPP sont en cours sur le risque infectieux) et de suivis d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres à l'établissement qui permettent d'améliorer la qualité du processus. Toutes ces données sont recueillies dans le bilan LIN annuel. Les tableaux de bord d'indicateurs sont suivis, affichés et remis à jour annuellement.

L'établissement participe également aux enquêtes d'incidence et de prévalence et à des audits type GREPHH.

Des simulations sont également organisées via les DPC avec le bloc des erreurs (évaluation des pressions d'air dans les salles, des FOSO, des filtres, des check list), les « serious games » ("qui veut gagner des millions en se lavant les mains").

Les bilans de ces évaluations sont présentés aux instances et aux équipes.

De nombreux audits sur les précautions standard, sur le "zéro bijou », le lavage des mains, l'antibioprophylaxie, la désinfection chirurgicale, la consommation de SHA, etc. ont été pratiqués sur l'année en cours.

Des projets d'évaluation en e-learning sont en cours pour 2019, les experts ont pu se rendre compte du travail conséquent de l'équipe d'hygiène pour la formation et l'évaluation sur l'établissement.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les événements indésirables sont analysés et engendrent des plans d'actions avec pilote et échéancier.

Des plans d'action sont mis en œuvre en lien avec les indicateurs IQSS non conformes. Ces actions correctives sont suivies et communiquées aux professionnels de l'établissement.

La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des différentes instances et des usagers via la CDU, sur le site "Scope Santé" et dans le livret d'accueil dans lequel on retrouve tout un chapitre sur les règles d'hygiène. Des supports et modalités de diffusion sont ainsi établis, les résultats des indicateurs sont affichés dans le hall de l'établissement et dans les zones d'activité.

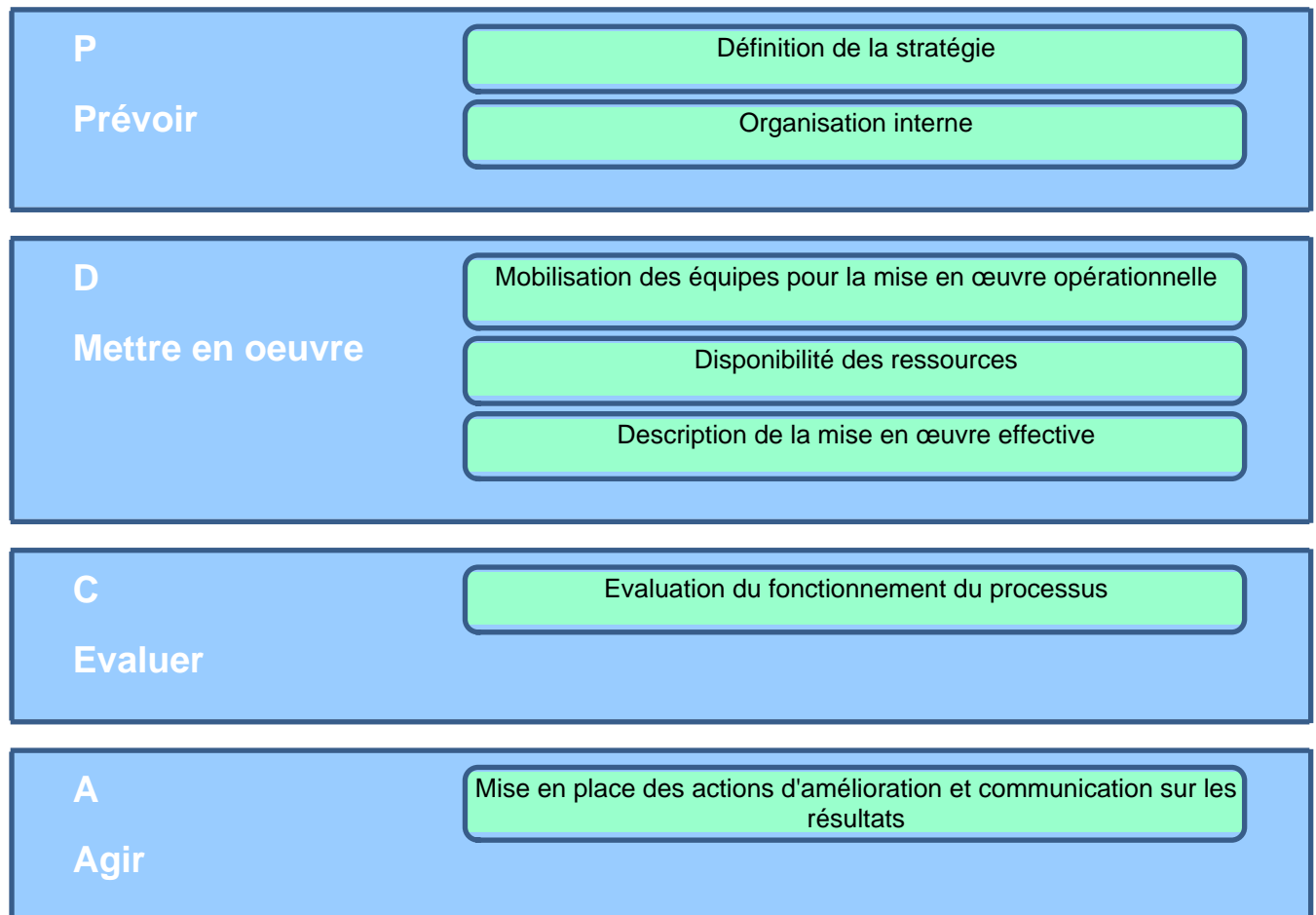
DROITS DES PATIENTS

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 bientraitance et des droits des patients de la polyclinique de Lisieux est inscrite dans ses orientations stratégiques (avenant au projet d'établissement 2013-2017 élaboré en 2018). Un projet des usagers pour l'année 2018 a été élaboré en concertation avec la CDU et les représentants des usagers.

Les objectifs et actions d'amélioration sont définis dans un programme d'actions formalisé issu du PAQ global de l'établissement. Les actions, responsables et échéances sont définis.

Le management de la polyclinique a identifié des situations à risque de non-respect des droits des patients dans son compte qualité, celles-ci sont issues de sa cartographie des risques : il a notamment pris en compte ses résultats IQSS en matière de tenue du dossier patient, de traçabilité des informations délivrées au patient (bénéfiques/risques) ainsi que des résultats de la précédente certification, notamment concernant le recueil du consentement éclairé du patient.

ORGANISATION INTERNE

Le management de l'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les 2 pilotes chargées du pilotage de ce processus ont signé une fiche de mission précisant leur rôle et leurs missions. L'une d'entre elles est également membre de la CRCl. Ces 2 pilotes assurent le suivi des actions en lien avec la Commission des usagers, le CODIR et la CME.

L'établissement a identifié et mis en place les ressources humaines nécessaires en termes d'effectif et de plan de formation sur la thématique des droits des patients, notamment sur la Bientraitance, le consentement d'opérer des mineurs, la confidentialité, les directives anticipées. Des échanges entre professionnels sont organisés dans le cadre du comité Ethique et Bientraitance du groupe.

Des procédures sont formalisées et connues concernant le recueil du consentement éclairé, le refus de soins, la mise en place de contention physique, le signalement d'un possible cas de maltraitance, l'annonce d'un dommage lié aux soins, la désignation de la personne de confiance ou le recueil des directives anticipées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement soignant des différents secteurs d'activités s'assure du respect des droits des patients au sein de leur service.

Afin d'assurer le suivi des recommandations de la précédente visite, l'organisation du recueil du consentement a été revue en 2015 avec la mise en place d'une information en consultation pré-opératoire, la modification des règles de tenue du dossier patient, un rappel de l'organisation en CME, un rappel au patient lors de l'appel de la veille de bien compléter et ramener le document de recueil et vérification systématique du document à l'entrée du patient.

Une EPP vient d'être initiée sur la présence de l'autorisation d'opérer pour les mineurs, et une autre sur le thème de la Bientraitance.

Des actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la Bientraitance sont réalisées, notamment par le biais du "1/4 heure Bientraitance" animé par une référente Bientraitance en collaboration avec le Comité Ethique et Bientraitance du Groupe propriétaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels bénéficient de formation et sensibilisation sur les droits des patients et la promotion de la Bientraitance, les dommages liés aux soins et l'information du patient.

Les procédures et protocoles nécessaires à la bonne réalisation des soins et information du patient sont connues des professionnels, et disponibles pour les professionnels sur l'intranet de la polyclinique.

Les conditions d'hébergement et les soins respectent la dignité et l'intimité des patients : tenue du patient pour le départ au bloc avec peignoir si debout, présence de rideaux dans les chambres doubles, présence de film opaque dans les chambres avec vis-à-vis.

Des conditions d'accueil sont proposées pour les accompagnants, notamment pour les parents d'enfants hospitalisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient est informé sur ces droits et les missions de la CDU par l'intermédiaire du livret d'accueil, des informations affichées dans le hall d'entrée et lors des entretiens avec les professionnels. Des informations sur les droits des patients sont également disponibles sur le site internet de la Polyclinique.

Lors de son admission, un accueil personnalisé du patient est assuré par les professionnels. Le patient est informé sur son état de santé et les soins proposés. Il est partie prenante dans l'élaboration de son projet de soins personnalisé. Le consentement éclairé du patient est recueilli, le cas échéant, le refus de soins est tracé.

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre le respect des libertés individuelles.

L'accueil des accompagnants est organisé, y compris dans les situations qui le nécessitent.

Il est mis à disposition des enfants ayant une intervention chirurgicale en ambulatoire, une petite voiture électrique pour se rendre au bloc opératoire, afin de les désangoisser

En cas de dommage lié aux soins, l'information du patient est assurée suivant une procédure formalisée et diffusée.

L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients, notamment au niveau du dossier patient (connexion informatique nominative, conservation des dossiers papiers dans des locaux sécurisées).

En cas de problème ou de plainte/réclamation, ceux-ci sont traités et discutés en comité Éthique et Bienveillance du groupe, puis abordés dans les instances de l'établissement concernées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue régulièrement le respect des droits des patients et de sa satisfaction sur la base du suivi du PAQ du processus par les pilotes et d'un tableau de bord d'indicateurs comprenant entre autres l'analyse trimestrielle des questionnaires de sorties, analyse des plaintes et réclamations, analyse et suivi des indicateurs IQSS en matière de tenue du dossier patient, évaluation des pratiques professionnelles sur le recueil du consentement éclairé et plus récemment sur l'autorisation d'opérer des mineurs ou la bienveillance.

La Commission des usagers établit annuellement son rapport.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux recommandations de la précédente visite de certification ou suite à l'analyse d'événements indésirables ou de réclamation.

La communication des résultats est réalisée notamment auprès de la CME, de la Commission des usagers, et pour les professionnels, par l'intranet et la lettre d'information interne "Polynews".

Le bilan du PAQ sur les droits des patients et du PAQ global est également prévu en CPQR 1 fois par trimestre.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

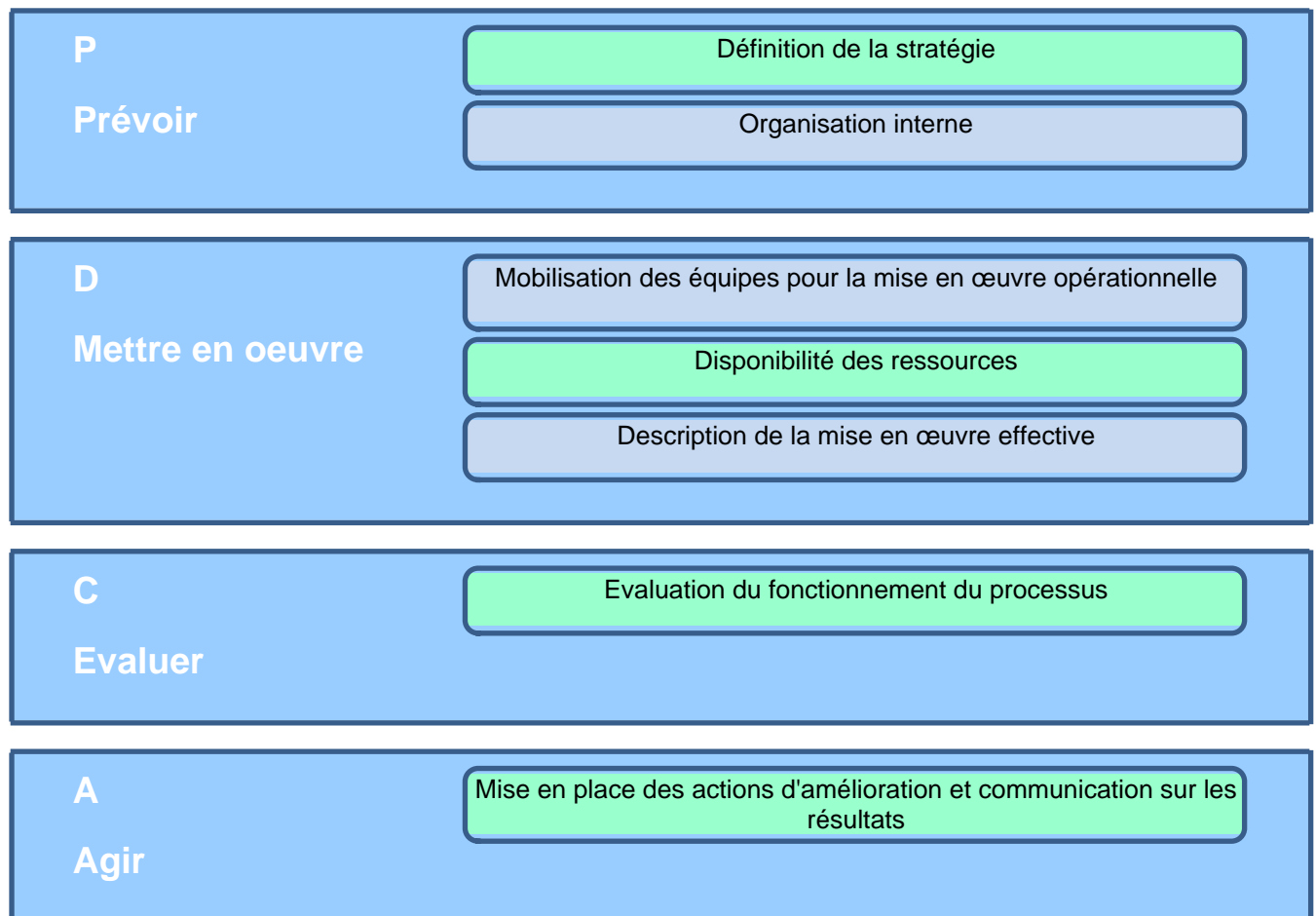
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de management de la prise en charge du parcours patient prend en compte les recommandations de la précédente certification, les politiques régionales menées par l'ARS et la politique de management de la qualité et la sécurité de l'établissement. Elle est soutien du projet médical et du projet d'établissement, qui s'oriente vers les développements de la collaboration avec le CH, des cliniques du groupe, le lien "ville hôpital", des acte ambulatoires, de l'éducation thérapeutique, de la filière cancérologique. Elle repose sur l'identification des besoins et l'analyse des risques à priori à l'aide des cartographies spécifiques des différents circuits à partir d'une méthodologie commune à l'établissement, au groupe et à posteriori sur la base de l'analyse des fiches événements indésirables. Elle vise à sécuriser la prise en soins des patients dès leur accueil et jusqu'à leur sortie.

La polyclinique a une capacité de lits et places d'hospitalisation répartis en :

- 20 places de chirurgie ambulatoire
- 34 lits de chirurgie complète (dont 4 lits d'USC)
- 8 postes de surveillance post interventionnelle
- 5 salles d'interventions

Les axes identifiés dans les orientations stratégiques sont :

- Améliorer l'accueil, l'information, le respect des droits du patient
- Renforcer la qualité, la sécurité du parcours patient par des organisation innovante et efficace
- Promouvoir les compétences, le savoir des professionnels.

La stratégie est également articulée avec les projets institutionnels (collaboration étroite avec l'ensemble des projets de l'établissement concourant à une prise en charge bientraitance des patients tout en restant à l'écoute des professionnels ; amélioration constante des pratiques) centrée sur l'usager, en développant et formalisant des démarches d'amélioration du parcours de soins du patient.

Un projet de soins infirmiers 2013/2017, conforté dans l'avenant 2018 a été élaboré et validé en CME, celui ci définit les axes prioritaires et s'appuie sur des valeurs identifiées en collaboration avec les professionnels : écoute, efficience, respect de l'autre, esprit d'équipe.

La politique de soins infirmiers s'articule autour des axes d'évolution et les objectifs de progrès que la polyclinique a choisi de privilégier en osmose avec le projet médical. A partir de ce projet se déclinent les différents projets des services pour les différents secteurs de soins, comme :

- Personnaliser/adapter l'accueil de l'enfant en UACA (petite voiture électrique pour se rendre au bloc)
- Poursuivre la dynamique de prise en soins de la personne âgée
- Prévenir éduquer permettre au patient d'être acteur de sa prise en soins.

L'encadrement assure lors des réunions des échanges sur les plans d'actions qui en découlent qui sont intégrés dans le programme qualité de l'établissement avec pilote, modalités de suivi (date de réalisation, pourcentage d'état d'avancement, etc.), priorisation des risques.

Le PAQ est accessible aux pilotes de processus et est réévalué annuellement. Il se décline par approche processus avec un pilote nommé pour chaque processus une fiche de mission en définit les modalités de fonctionnement, d'échéance, de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation interne est définie pour piloter le processus avec identification des rôles et des responsabilités formalisés dans la fiche de poste et la fiche de mission processus qui déclinent les actions à mener.

La responsable des secteurs de soins et la responsable du bloc opératoire (co-pilotes du processus parcours patient), promeuvent l'harmonisation et l'analyse des pratiques professionnelles au sein des différents secteurs et des actions de formation en équipe.

La GED (gestion documentaire informatisée) accessible sur tous les postes informatiques de la polyclinique intègre toutes les

- Procédures de PEC des urgences vitales ;
- Procédures spécifiques des secteurs d'activités ;
- Procédures des prises en soins particulières ;
- Livret d'accueil ;

- Procédures spécifiques aux vigilances.

Une organisation est en place pour assurer la coordination entre :

- les différents acteurs de soins (Kiné, diététicienne, psychologue)
- les secteurs d'activité (services de soins /Bloc opératoire)
- les intervenants extérieurs (SSR, ambulance...).

Une organisation est également en place pour assurer le déploiement des éducations thérapeutiques dont la politique est intégrée au projet d'établissement.

L'encadrement soignant initie en coordination avec les instances de l'établissement et les services la démarche de gestion des risques dans le but de diminuer le nombre et la gravité des événements associés aux soins. Les responsables des services sont destinataires des fiches d'événements indésirables concernant le processus parcours patient. Une analyse de ces FEI est faite régulièrement. Les actions d'amélioration qui en découlent viennent intégrer le PAQ de l'établissement. Une restitution est faite à l'ensemble des encadrants lors des réunions d'encadrement par la responsable qualité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables soignants régulent l'activité du parcours du patient en fonction des priorités définies et des objectifs. Cette planification est réalisée en collaboration avec les plateaux techniques et le bureau des entrées par l'intermédiaire d'un support commun. Une réunion hebdomadaire avec les encadrants est réalisée afin d'optimiser la gestion des lits et mettre en adéquation la charge en soins.

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est effective. Des réunions de services ou informelles ont lieu et favorisent la communication.

Les cadres/responsables de service/pilotes de processus ont un rôle de coordination qui permet :

- d'impulser la démarche d'amélioration au sein du secteur de soins en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement
- d'assurer la conformité des pratiques en fonction de la réglementation
- de réguler l'activité en fonction des objectifs et des priorités définies
- de maintenir une cohérence et une communication via les réunions de services
- de collaborer avec les différents secteurs et les instances
- de participer au point d'activité hebdomadaire avec les responsables de soins pour optimiser la gestion des flux patient en fonction de l'activité et de la charge en soins
- de participer aux réunions hebdomadaires avec l'encadrement pour communiquer sur la vie du service et la prise en soins des patients
- de promouvoir l'harmonisation et l'analyse des pratiques professionnelles au sein des différents services et des actions de formation en équipe
- d'assurer une liaison descendante et ascendante des informations.

L'encadrement soignant s'assure également de l'appropriation de la démarche qualité par les professionnels de terrain : patient traceur, cartographie des processus et des risques, Compte Qualité, EPP, audits, CREX, groupes de travail, etc.

Les responsables soignants s'assurent de la conformité et de l'actualisation des pratiques en référence aux règles de bonnes pratiques . Une forte implication du personnel des secteurs de soins et de l'accueil est à noter sur les démarches qualité initiées (FEI, EPP, cartographie des risques...). Ces travaux donnent lieu à du retour d'expérience qui valorise les actions menées et permet de réajuster si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation quantitative et qualitative avec l'activité et la charge en soins. L'étude de la charge en soins est réalisée au besoin.

La gestion des lits se fait sur la base d'un logiciel prédictif d'hospitalisation et de gestion de bloc opératoire.

Le dossier patient informatisé est accessible sur tous les postes informatiques des secteurs de soin, du bloc opératoire et de la SSPI.

Une gestion documentaire informatisée (GED) est en place sur tous les postes informatiques et connue par l'ensemble des professionnels. Elle permet d'assurer une démarche qualité documentée et actualisée.

Un intranet avec système de gestion des événements indésirables, accès aux comptes rendus de réunion, accès au PAQ, audits, indicateurs, etc.

La continuité des soins est assurée avec diffusion des listes des gardes et astreintes pour chaque spécialité (médicales, paramédicales, administratives et techniques) via l'intranet de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie dans leur secteur et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en soins des patients particulièrement ce qui concerne les vigilances : identitovigilance, etc.

L'analyse des données permet de définir les besoins en soins des patients et de planifier les actes en soins dans un projet de soins personnalisé.

La bienveillance envers le patient et les professionnels (intimité, calme, confidentialité, confiance) est un axe fort que les soignants assurent. Des actions sur ce thème sont proposées.

Le dispositif d'accueil est organisé pour les admissions programmées et en urgences si le cas se présente venant des consultations externes ainsi que les transferts inter services de la polyclinique, un accent particulier est mis en place pour personnaliser l'accueil en considérant que celui-ci est le début du soin.

La permanence des soins est assurée, un système de gardes et d'astreinte est proposé, planifié et affiché dans les secteurs de soins.

Une équipe de brancardage est opérationnelle, une réflexion sur le "patient debout" pour se rendre au bloc est en cours.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels. Les partenariats avec les établissements du secteur sont en cours d'optimisation.

Les évaluations initiales et continues médicales comme paramédicales sont tracées dans le dossier patient informatisé. L'évaluation clinique initiale du patient est réalisée dans un délai adapté à son état de santé. La réflexion bénéfique risque est tracée dans tous les secteurs et le consentement du patient est recherché dans tous les cas de situation iatrogénique. La sortie est programmée en concertation avec le patient dès le début du séjour et confirmée lors des réunions d'évaluations.

La prise en charge repose sur les réunions pluri-professionnelles voire pluridisciplinaires (staffs, réunions de synthèse) dans les différents secteurs de soins à des fréquences différentes selon les organisations des services et en lien avec les prises en charge spécifiques.

Une démarche structurée de prise en charge des troubles nutritionnels dont la dénutrition est engagée dans les services avec la collaboration des correspondants du CLAN/service et la diététicienne réalisant des évaluations et des enquêtes nutritionnelles. La traçabilité du dépistage et du suivi est assurée et tracée.

Les risques d'escarres sont évalués à l'entrée du patient à partir d'une grille pour adapter la prise en soins bien que la DMS soit courte.

Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est mis en œuvre, des mesures sécuritaires sont en place.

La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique est effective : attentions significatives portées pour les patients porteurs de maladies chroniques, pour les adolescents et enfants, pour les personnes atteintes d'un handicap.

Les projets de soins personnalisés en chirurgie et oncologie sont initiés dès l'admission du patient et tracés dans le DPI la sortie y est également programmée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un tableau de bord des audits par processus permet le suivi des évaluations réalisées pour le processus "parcours".

Un tableau de bord des indicateurs est suivi par les pilotes de processus, suivi en oncologie, en chirurgie ambulatoire, de prise en charge Prado.

Les résultats sont disponibles via le logiciel et présentés en réunion de service ce qui entretient une émulation et maintient un bon niveau qualité sécurité des soins.

La démarche d'EPP est effective, une implication des IDE est constatée sur des thématiques de soins (check list, évaluation des troubles nutritionnels etc.). L'ensemble des EPP de l'établissement est disponible dans le tableau de bord des EPP via le logiciel Qualité. Des exercices de mise en situation sont réalisés tout au long de l'année : semaine sécurité, Patient traceur, urgences vitales, etc.
Des RMM naissantes et des CREX sont organisés en fonction des besoins.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration et de leurs résultats conduit à réexaminer les risques et déterminer des actions d'amélioration complémentaires.

Celles-ci sont réalisées par les pilotes, la Directrice, les responsables des soins et celle de la qualité, les professionnels des unités de soins et intégrées dans le plan d'action institutionnel.

Le PAQSS est mis à jour une fois par an. L'ensemble des usagers sont informés par la publication et affichage des IQSS en conformité avec la réglementation en vigueur.

Les représentants des usagers sont informés par une présentation en CDU des résultats et de la mise en œuvre des actions d'amélioration.

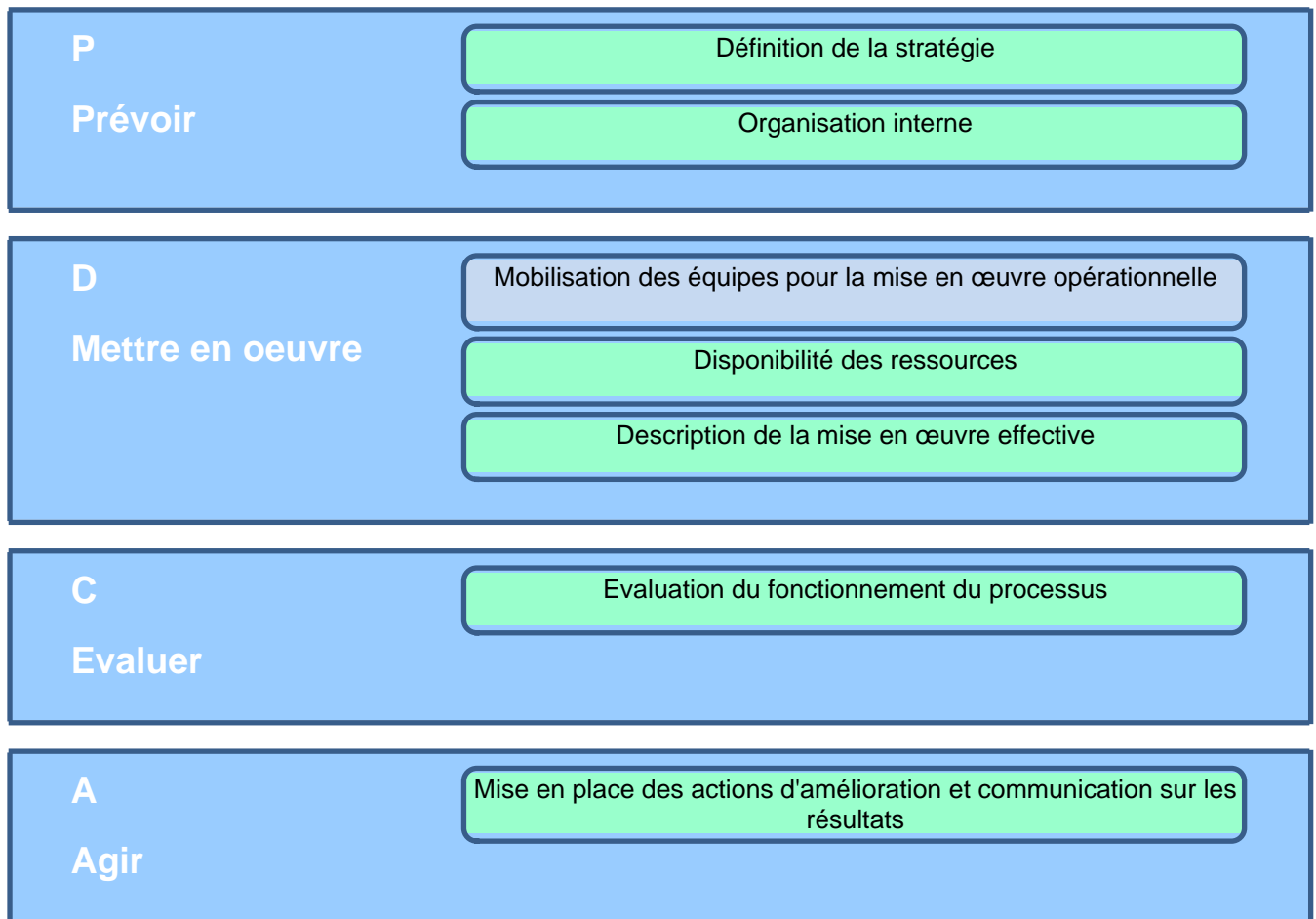
DOSSIER PATIENT

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'avenant au projet d'établissement 2013-2017 élaboré en 2018 comprend une actualisation de la politique de tenue du dossier patient, validée par la CME et le CODIR de l'établissement.

L'ensemble des objectifs et actions d'amélioration sont définis dans un programme d'actions formalisé en lien avec le PAQ global de l'établissement, il intègre les actions issues de la cartographie des risques du processus réalisée suivant une méthodologie définie. Les actions, responsables et échéances sont précisées.

Les informations transmises dans le Compte-Qualité sont en lien avec le PAQ global.

ORGANISATION INTERNE

Deux pilotes sont responsables de ce processus. Elles disposent chacune d'une fiche de mission signée précisant leur rôle et leurs missions. La CME et le CODIR sont informés de l'état d'avancement du plan d'actions.

La polyclinique prévoit les ressources humaines nécessaires et des actions de sensibilisation concernant cette thématique, notamment par l'organisation d'une chambre des erreurs au cours de la semaine de la sécurité des patients, ou la sensibilisation des patients sur les documents officiels pour le contrôle de l'identité.

Des procédures sont formalisées pour l'utilisation du logiciel dossier patient pour les différents métiers (dossier d'anesthésie, guide soignants), la constitution d'un dossier patient, les règles d'accès au dossier pour les patients, ou encore le fonctionnement en mode dégradé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs d'activités, également référents du logiciel de dossier patient, s'assurent du respect des règles de tenue du dossier patient.

Le faible turn-over du personnel et l'ancienneté d'utilisation du logiciel permettent de considérer que son utilisation est maîtrisée par les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tout nouvel arrivant est formé à l'utilisation du logiciel en tutorat. Les référents logiciel sont également disponibles pour assurer la formation des nouveaux utilisateurs.

Le nombre d'ordinateurs (fixe, portable ou platines au bloc opératoire) sont disponibles en quantité suffisante dans les services. Du matériel supplémentaire est en cours d'acquisition pour faciliter la traçabilité de la prise en charge per-opératoire.

Un accès à distance sécurisé est mis à disposition des professionnels de santé en ayant l'utilité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La communication de dossier en interne est informatisée. Quelques éléments papier subsistent qui sont regroupés avant l'intervention (dont le consentement éclairé du patient, l'autorisation d'opérer le cas échéant).

Le dossier papier est conservé durant l'hospitalisation dans un endroit sécurisé, l'accès au dossier informatisé nécessite un identifiant nominatif.

Les conditions d'archivage des dossiers papiers sont assurés.

La traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge est réalisée en temps utile dans le dossier patient.

L'accès du patient à son dossier est organisé (procédure formalisée) et l'information sur les droits d'accès est également disponible dans le livret d'accueil et via un document d'information disponible à l'accueil.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La gestion du dossier patient est évaluée à l'aide des EPP sur le consentement éclairé, sur l'autorisation d'opérer, sur l'évaluation de la douleur et l'entrée en chirurgie, l'utilisation de la check-list, mais également à l'aide d'indicateurs tels que les indicateurs IQSS de tenue du dossier patient et du dossier d'anesthésie, les indicateurs Hôpital Numérique. Il est également prévu un audit interne sur la tenue du dossier patient en lien avec les actions récemment mises en place.

Les délais réglementaires pour l'accès du patient à son dossier sont suivis et respectés.

La CDU est informée régulièrement des résultats.

A / AGIR

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

L'établissement a mis en œuvre des actions d'amélioration, notamment concernant le recueil du consentement éclairé. Il évalue ces actions et en communique les résultats aux professionnels, en CME et à la CDU.

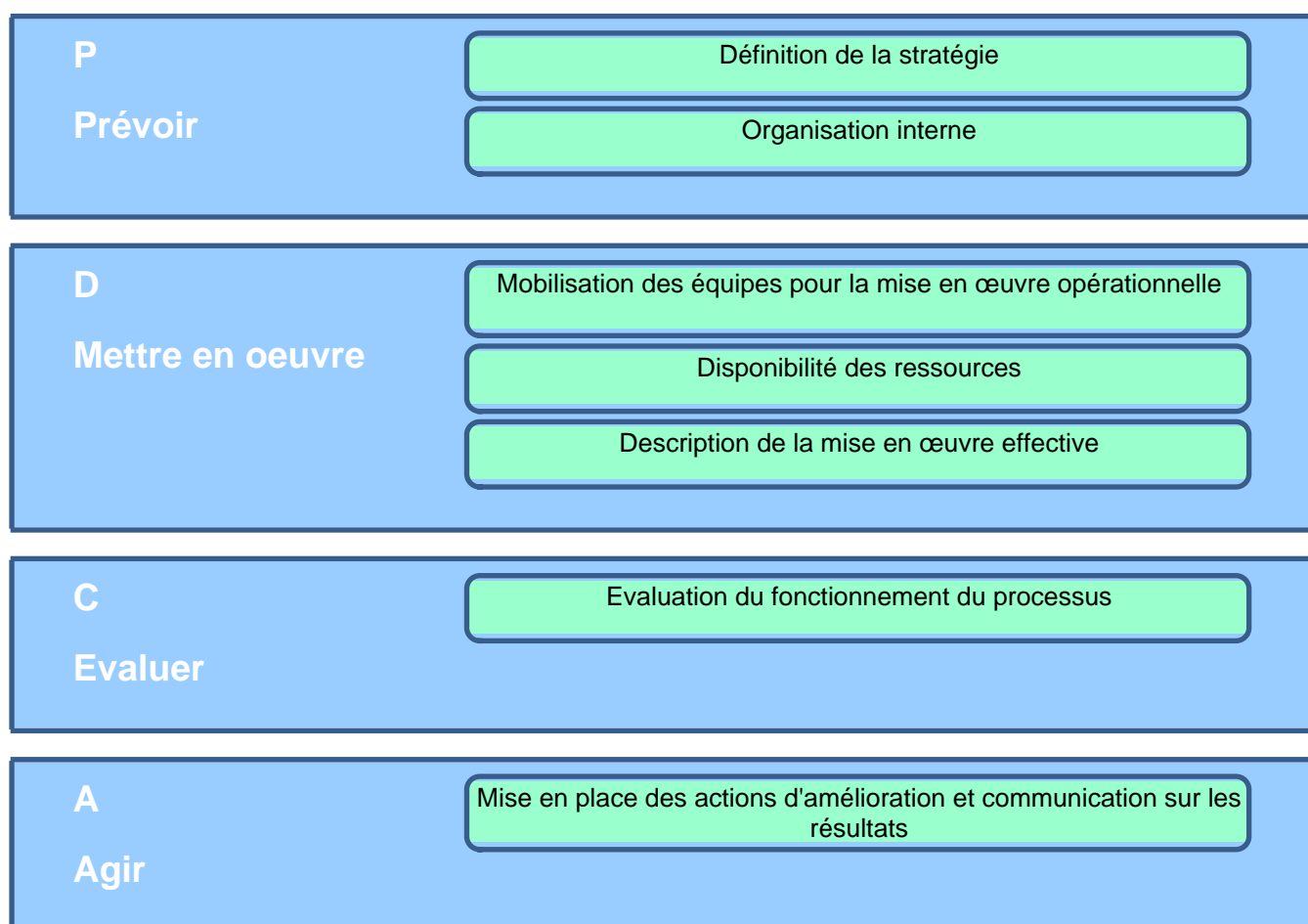
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une stratégie du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse formalisée, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques est définie. Elle est en lien avec le projet d'établissement et le projet médical. Cette stratégie a été présentée et validée par la CME, dont les grands axes sont :

- Sécuriser le circuit du médicament et des DM
- Prendre en compte et répondre à la réglementation
- Assurer le suivi des indicateurs recueillis en interne afin de réajuster les actions
- Lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse du patient âgé
- Optimiser la prescription d'antibiotiques
- Mobiliser et former les soignants sur les risques liés au médicament

Cette politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le PAQSS (plan d'actions global) de la polyclinique qui comporte des objectifs d'amélioration, des mesures de traitement des risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement notamment de la prise en soins et de la juste prescription médicamenteuse du sujet âgé.

La démarche d'évaluation des risques a priori et a posteriori est opérationnelle et permet la hiérarchisation des risques identifiés et la détermination des modalités de traitement, notamment sur la base des signalements d'événements indésirables concernant le circuit du médicament.

Le plan d'actions et le compte qualité intègrent les axes du plan d'action du COMEDIMS (récemment réactivé), le suivi des indicateurs, les IQSS, les mesures de traitement des risques et les objectifs d'amélioration rattachés.

L'analyse de ces données a permis de déterminer les risques retenus dans l'élaboration du compte qualité, qui ont été hiérarchisés et qui tiennent compte des spécificités chirurgicales et endoscopiques de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

La pharmacienne en temps partiel partage l'organisation de la PUI avec une préparatrice en pharmacie en TP 80 %. Elle est Présidente du COMEDIMS, elle est également missionnée comme responsable du système de management qualité de la prise en charge médicamenteuse (RSMQPCM) et gère les achats du groupe propriétaire.

La préparatrice est formée à l'atteinte des missions et des objectifs fixés et au regard des risques identifiés et assure la dispensation des médicaments et des DMS, les DMI sont directement gérés par la cheffe de bloc.

Des guides sur la prescription et l'administration des médicaments, un Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse formalisent et précisent les modalités d'organisation du circuit et du Management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de la polyclinique de Lisieux.

En dehors des heures et jours d'ouverture une dotation dans les 2 secteurs et en SSPI, en cas de prescriptions urgentes est accessible et réapprovisionnée périodiquement. L'accès à la pharmacie est sécurisé et réglementé, l'organisation en place permet d'assurer une présence de la pharmacienne en regard de l'activité pour la validation des délivrances, ainsi que pour l'analyse pharmaceutique.

La procédure du circuit du médicament est formalisée. Un mode opératoire dégradé, connu de tous, permet de s'approvisionner en dehors des heures d'ouverture et hors dotation, par convention avec le centre hospitalier voisin et une officine de ville.

Il existe des règles et supports de prescriptions informatiques qui sont utilisés par l'ensemble des médecins prescripteurs.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est assurée (DMS courte 3,5 jours), transfert inclus.

La prise en charge de la gestion du traitement personnel est organisée et formalisée.

Les règles et les modalités de rangement, de stockage et de sécurisation, dans les locaux de stockage (système de stockage permettant une vision du nombre de médicaments disponible facilitant le réapprovisionnement) des produits notamment les DM, DMS (antiseptiques, chaîne du froid, médicaments identifiés à risques etc.) sont formalisées.

La gestion des interfaces est organisée à l'aide du dossier informatisé pour faciliter les échanges et la concertation entre professionnels.

La formation, la sensibilisation sur le risque médicamenteux sont menées en interne auprès des professionnels par la pharmacienne avec une attention particulière pour tout nouvel arrivant.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels bénéficient d'actions régulières de sensibilisation et d'information par la pharmacienne aux risques d'erreurs médicamenteuses. Les Responsables de services relaient sur le terrain les informations émanant de la PUI.

Les professionnels participent à l'élaboration et à l'actualisation des procédures et à la démarche qualité (déclaration des FEI, EPP, CREX cartographie, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources matérielles et humaines nécessaires sont mises en adéquation avec les besoins.

Le dossier de soins informatisé comprend une banque de données ainsi qu'un livret thérapeutique dont la composition est validée tous les 2 ans par la CME. Le VIDAL est à disposition dans tous les services de soins. L'ensemble des documents relatifs au circuit du médicament sont disponibles dans la GED qui est accessible à l'ensemble des professionnels sur tous les postes informatiques de chaque service comme : livret thérapeutique du médicament et des DM, guides de prescription et d'administration .

Des formations en interne sont proposées. La pharmacienne dispense des formations principalement sur l'importance de la déclaration des erreurs médicamenteuses, les médicaments identifiés comme à risque (AVK, chlorure de potassium, insuline), et les règles d'administration.

La polyclinique participe à la Semaine nationale "sécurité du patient" (infos patient et personnel : quiz, flyers chambre des erreurs etc).

Des chariots et armoires à pharmacie, des coffres à stupéfiants, des réfrigérateurs sont installés dans les secteurs de soins afin d'assurer de bonnes conditions de conservation et sécuritaires. La gestion des achats et des stocks est réalisée à l'aide d'un logiciel informatique. L'achat de médicaments se fait autant que possible en conditionnement unitaire et des sachets identifiables pour reconstitution sont mis à disposition dans le cas contraire. Une centrale d'achat pour le groupe propriétaire est opérationnelle .

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'analyse pharmaceutique est réalisée par la pharmacienne. Une liste des prescripteurs est renseignée et mise à jour si besoin. Elle a la possibilité de notifier un avis sur les prescriptions et peut alerter les secteurs de soins et le prescripteur en cas de situation critique.

La dispensation nominative est effective. Les antibiotiques font l'objet d'une délivrance nominative. Une liste d'antibiotiques à dispensation contrôlée est proposée. Le paramétrage du logiciel de prescription utilisé impose la réévaluation des antibiotiques à 72h en chirurgie conventionnelle qui a une DMS de 3j1/2. La délivrance des médicaments est réalisée par la préparatrice sous la responsabilité de la pharmacienne qui assure analyse et avis pharmaceutiques.

Les transports dans les secteurs de soins sont assurés en chariot et en caisses fermées par la préparatrice, une procédure précise les modalités de renouvellement des dotations avec une distribution hebdomadaire pour les services et bi hebdomadaire pour le bloc opératoire et la SSPI les demandes sont faites, signées, par les IDE et émargées par la pharmacie lors de la livraison.

La gestion des stupéfiants est réalisée selon la réglementation en vigueur. Les chariots d'urgence font l'objet d'une traçabilité de contrôle. La tenue et l'entretien des réfrigérateurs sont effectifs.

La traçabilité de l'administration du médicament est assurée en temps utile des ordinateurs sont mis à disposition. La non administration est également tracée et argumentée. Le personnel soignant assure la vérification de l'ordonnance sur les logiciels de soins et la préparation des piluliers (double contrôle), la préparation des injectables (de façon extemporanée).

Les Médicaments à haut risque ont un étiquetage spécifique et sont facilement reconnaissables grâce à une pastille rouge et un logo pour les tiroirs.

Des inventaires sont réalisés annuellement. Le contrôle des périmés est effectué en continue à la PUI et ceux ci sont détruits après aval du pharmacien inspecteur.

Les professionnels informent les patients sur le bon usage des médicaments et en assurent la traçabilité dans le dossier informatisé, lors des admissions, dans les secteurs de soins, le traitement personnel est mis sous séquestre en pharmacie et n'ai restitué qu'à la sortie, les médecins et les IDE informent les patients ou leur entourage en fonction de leur état cognitif sur les modifications de traitement effectuées au cours du séjour.

Des livrets d'informations sont remis aux patients pour les AVK, les AINS ,les morphiniques ,des "flyers" actualisés sont mis à disposition dans les lieux de passage .

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La pharmacienne suit les tableaux de bord des audits ainsi que les indicateurs définis en interne et du CBUM/CAQES, notamment le suivi de la qualité des stocks par service, les chariots d'urgence avec la mise à jour de la liste par les anesthésistes .

La traçabilité du circuit du médicament est évaluée annuellement par la pharmacienne concernant la prescription, la dispensation et l'administration.

L'évaluation est également faite par le biais des audits internes et régionaux

- audits de prescription des traitements personnels
- Prescriptions des antibiotiques
- Prescription chez la personne très âgée
- analyse en CREX selon la méthode Orion

Ainsi que des EPP qui doivent être développées telle que la pertinence des prescriptions d'antibiotiques.

Par les déclaration des EI par les professionnels via le logiciel de signalement et l'analyse de l'ensemble des FEI , ainsi que la réalisation de CREX selon la méthode Orion.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration a conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Ainsi, la cartographie des risques a été révisée en s'appuyant sur le compte qualité avec la planification et le suivi des actions d'amélioration dans le PAQSS. Le Bilan annuel des actions est présenté aux membres de la COMEDIMS.

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

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée notamment auprès des professionnels et des usagers. La participation aux réseaux OMEDIT , pour les vigilances et veille avec l'ANSM.

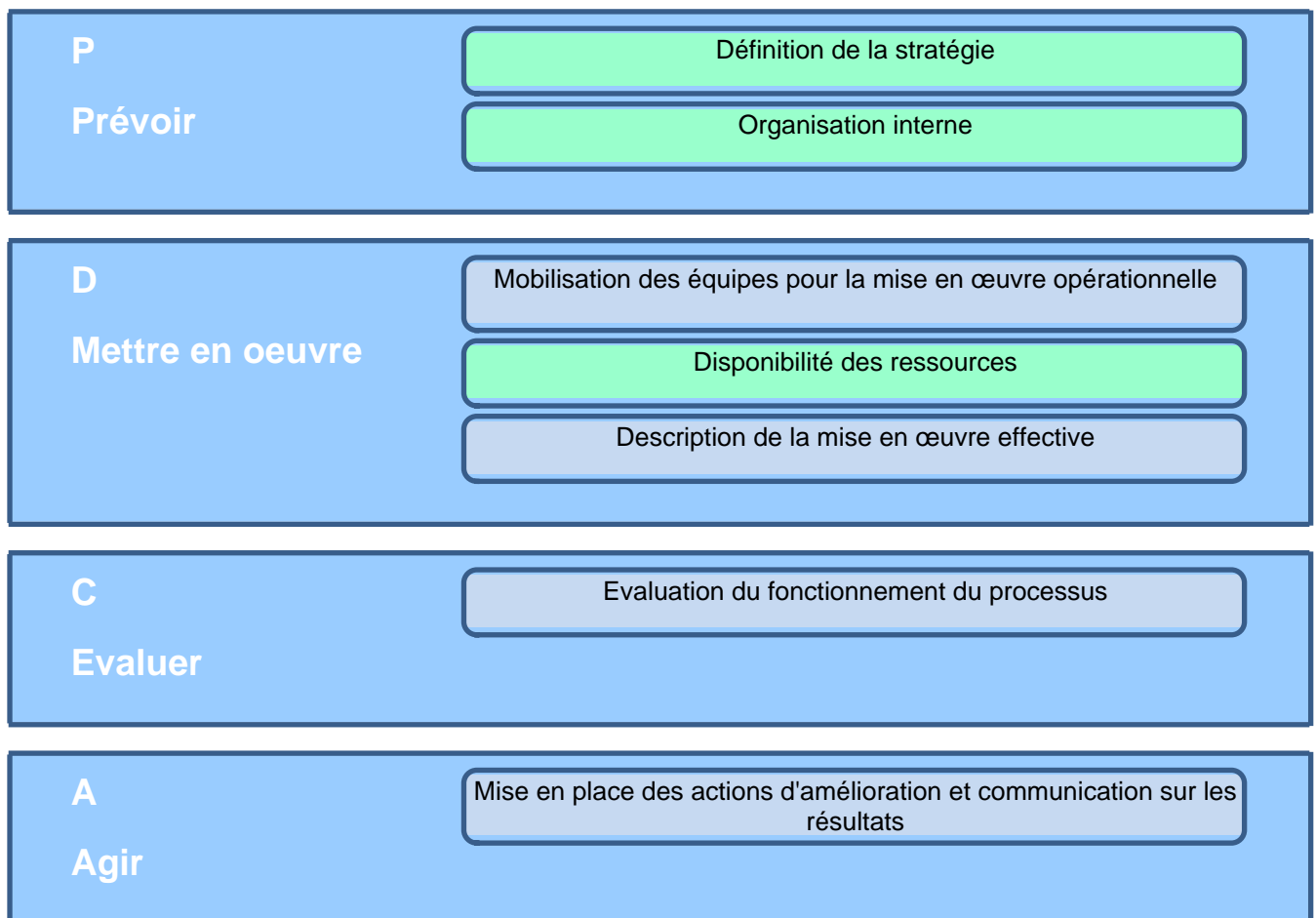
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

A la polyclinique de Lisieux, l'activité opératoire se déroule au 1er étage de l'établissement au sein d'un bloc opératoire de cinq salles dont une réservée à l'activité endoscopique. Il s'y ajoute 8 postes en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI).

La clinique dispose de 30 lits d'hospitalisation complète et de 4 lits de surveillance continue.

L'activité ambulatoire est intégrée au bloc opératoire, avec un secteur d'hospitalisation dédié de 20 places.

L'établissement assure les interventions chirurgicales dans les spécialités suivantes : Orthopédie, Urologie, Gynécologie, Chirurgie viscérale, Ophtalmologie, ORL, Gastroentérologie et Angiologie.

La clinique a des autorisations en cancérologie chirurgicale pour la sénologie, l'urologie et la chirurgie digestive.

L'objectif de la clinique est de garantir une offre de soins en chirurgie de proximité au niveau de bassin de vie de Basse Normandie.

La politique du bloc opératoire s'intègre dans l'avenant au projet d'établissement 2013 - 2017, en relation avec les différents secteurs d'hospitalisation et le secteur de consultation.

Une démarche qualité est en place en conformité avec la politique qualité risques et le PAQSS.

La stratégie sur la prise en charge au bloc opératoire repose sur l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques réalisée par un groupe de travail pluri professionnel : la cadre de bloc, l'IDE hygiéniste, l'équipe de panseuses, le président de CLIN et le président de CME.

Elle a été basée, d'une part sur l'analyse de la conformité à la réglementation, les précédents rapports de certification, les évènements indésirables déclarés, les résultats des audits et les indicateurs nationaux et propres au bloc opératoire et d'autre part par l'écoute des professionnels du bloc, les EPP et les RMM.

Les risques ont été priorisés selon la méthode de l'HAS et repris dans le compte qualité, intégré au PAQSS institutionnel avec des objectifs, des pilotes identifiés, des plans d'actions et des indicateurs mesurables. Les risques prioritaires sont au nombre de six.

Le processus « bloc opératoire » intègre le processus « chirurgie ambulatoire ».

ORGANISATION INTERNE

Un Conseil de bloc composé de la cadre du bloc, de la cadre de chirurgie, d'un anesthésiste et d'un chirurgien se réunit une fois par semaine pour s'assurer de la mise en œuvre d'une organisation en adéquation avec l'activité et les ressources humaines disponibles ainsi que des contraintes de programmation (allergie, infection, matériel).

La cadre de bloc pilote le processus et rend compte des points recueillis en Conseil de bloc en Commission de bloc intégrée à la CME.

La gestion du secteur ambulatoire, étant donné la taille de la clinique, est intégrée à la gestion du bloc mais un COPIL ambulatoire est également organisé une fois par trimestre.

Les comptes rendu de ces réunions sont disponibles pour tous dans le logiciel documentaire informatisé ou dans le serveur du bloc.

Un service de stérilisation est attaché au bloc opératoire, sous la responsabilité de la pharmacie.

L'activité programmée s'effectue du lundi au vendredi. Les urgences sont ensuite assurées sur une salle d'intervention. Un système d'astreinte est organisé la nuit, les week-ends et jours fériés pour les médecins et les professionnels du bloc.

Une charte de bloc et une charte d'ambulatoire avec un règlement intérieur ont été finalisées. Elles sont validées par les instances. Elles décrivent le processus de prise en charge au bloc opératoire et en ambulatoire en précisant les règles de management, de programmation, les règles d'hygiène et de sécurité du personnel et des patients, les modalités de bio nettoyage. Elles identifient les mesures et les évaluations des activités. Elles définissent les circuits de prise en charge, les interfaces, les ressources humaines nécessaires au regard de la réglementation, l'identification des responsables, des fiches de poste des professionnels.

La mise à disposition en temps utile des ressources humaines, matérielles, logistiques et documentaires est ainsi prévue. Elles sont ajustées toutes les semaines en fonction des spécificités de fonctionnement et faute de ressources en anesthésiste pour l'instant seuls quatre salles sont ouvertes.

Un livret d'accueil est disponible par circuit : ambulatoire et hospitalisation conventionnelle.

Les objectifs de formations et compétences sont définis en lien avec la stratégie institutionnelle, en prenant en compte les besoins du plateau technique, le respect de la réglementation, en particulier en matière de radioprotection, la formation aux gestes d'urgence, la formation d'adaptation au bloc opératoire et la prise en charge du patient en SSPI notamment l'enfant. Un système de doublage est organisé pour les nouveaux arrivants.

La gestion des matériels s'intègre en conformité dans le cadre d'une maintenance préventive et curative et de plans d'équipements. Un agent technique est formé au biomédical en cas de difficulté la clinique s'adresse directement au prestataire.

L'informatisation du bloc est effective à tous les niveaux (salle d'intervention et SSPI) avec la programmation, le bio nettoyage, la check list entre autres. Un mode dégradé est prévu en cas de panne informatique avec les documents papiers. La cadre du bloc est référente pour le logiciel informatisé et gère les achats par délégation pour le matériel en fonction des besoins et des consommations.

La gestion des interfaces est structurée, elle facilite la concertation entre les professionnels, les secteurs d'activités, les secteurs de prise en charge du linge (toutes les tenues professionnels ou patients sont à usage unique) et des déchets, la stérilisation, le laboratoire et la pharmacie.

La communication par les réunions inter services trimestrielles et les fiches de liaison permet l'implication des professionnels dans l'élaboration des mises à jour des procédures, des formations en interne et en externe, des actions issues de la cartographie des risques et de l'analyse des événements indésirables au sein des RMM qui débutent.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés, le management du bloc opératoire (cadre de bloc et cadre de chirurgie) a organisé la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions. L'encadrement sensibilise les professionnels médicaux et paramédicaux, en collaboration avec la cellule qualité gestion des risques, la cadre hôtelière et l'IDE hygiéniste sur les risques et les événements indésirables. Il s'assure de la conformité des pratiques aux procédures par rapport aux dispositions prévues.

Les événements indésirables sont déclarés et analysés par la cadre en conseil de bloc et/ou en CLIN si besoin. Ils sont transmis à la RAQ, et le cas échéant pour mise en place d'action(s) corrective(s) au médecin ou chirurgien.

Les équipes participent à l'élaboration des procédures et aux EPP en particulier celle traitant des prélèvements microbiologiques.

Suite à l'analyse des risques, une attention particulière est portée sur la préparation des salles d'interventions, la programmation des interventions, la vérification du dossier patient et des fiches de liaison service bloc et bloc service et les modalités d'application de la check list et sa traçabilité informatique.

Une diffusion des informations et des résultats obtenus lors des audits et EPP est assurée par la cadre du bloc lors des quart d'heure d'information collective, sur le serveur du bloc ou sur le logiciel documentaire où figure le tableau des indicateurs par thématique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La planification opératoire gérée en Conseil de bloc toutes les semaines, est adaptée au jour le jour si besoin aux ressources humaines et matérielles disponibles. Le programme est disponible sur le DPI pour tout le personnel avec le détail du déroulement de l'intervention.

Les ressources documentaires et en formations sont suffisantes et adaptées aux professionnels et à l'activité. Les procédures actualisées sont disponibles sur le logiciel de gestion documentaire et les CR de réunion sur le lecteur du bloc.

Les locaux sont adaptés, entretenus et contrôlés. Les matériels et équipements sont conformes à la

réglementation. En cas de panne ils sont remplacés ou le programme est modifié en fonction de leur disponibilité.

Les contrôles techniques quotidiens sont effectués à l'ouverture des salles d'interventions, de la SSPI ainsi qu'en fin de programme opératoire par salle. Le contrôle est également organisé entre les interventions avec respect des temps de pause. Le tout est tracé dans le dossier patient informatisé (DPI). La maintenance curative et préventive des équipements est organisée par la cadre de bloc, en relation avec la pharmacie, le service technique et les prestataires. La matériovigilance est effective.

Les surveillances environnementales sont organisées (eau, air, surfaces) et leur suivi est assuré par le CLIN et l'EOH. Les salles d'opération sont en conformité avec la réglementation. Leur classification en rapport avec la qualité de l'air est formalisée (ISO 5 et ISO 7) sous le contrôle de la cadre de bloc et de l'IDE Hygiéniste.

Les locaux du bloc opératoire permettent le respect des circuits. Cependant, la configuration des locaux des vestiaires du bloc opératoire ne permet pas le respect des bonnes pratiques en termes de gestion du risque infectieux. En effet la circulation dans les vestiaires ne permet pas une organisation rationnelle selon le principe de la marche en avant et les circuits propres sales se croisent : après habillage le personnel croise le portique de sabots sales avant de rentrer dans le bloc. De plus les sabots propres se situent à l'intérieur du bloc et cela oblige le personnel à sortir sans chaussures du vestiaire vers l'entrée du bloc. Toutefois ce risque est connu de l'établissement, a été discuté en CLIN et avec la direction, un projet de réaménagement et d'agrandissement des vestiaires est en cours afin de respecter la réglementation et le respect des circuits dans cette zone.

La gestion des DMI avec la pharmacie est en place par délégation à la cadre de bloc.

Des formations sont assurées : nouveaux arrivants, gestes d'urgences, prise en charge du patient en SSPI, radioprotection etc. La formation à la radioprotection des personnels est effective.

Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible pour l'adulte et l'enfant.

En chirurgie ambulatoire, les gestions des flux des patients sont définies. Les procédures sont adaptées à ce mode de prise en charge et un livret d'accueil spécifique est distribué aux patients.

L'informatisation au bloc opératoire est déployée que ce soit pour la programmation, le suivi du patient dans les différents secteurs ou le bionettoyage. Le nombre de poste est adapté aux besoins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur bloc opératoire met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes, en lien avec le PAQSS, au travers des différents plans d'actions, la déclinaison des bonnes pratiques et l'implication de l'ensemble des professionnels.

Le cadre de bloc assure la régulation quotidienne du programme opératoire en garantissant le respect de la programmation et la sécurité des patients opérés. Sur le secteur de l'ambulatoire, une IDE référente assure une suppléance auprès du cadre de bloc. La validation du programme opératoire en tenant compte des besoins des moyens en ressources humaines, des besoins en matériel, des règles de sécurité, du type d'intervention, du risque septique et des caractéristiques des patients est ainsi réalisée chaque jour. La diffusion du programme opératoire est réalisée ensuite dans le DPI. La coordination entre le programme opératoire et les patients programmés en chirurgie ambulatoire est organisée et le flux maîtrisé. La prise en charge des urgences est intégrée à l'organisation de la programmation.

Le Conseil de bloc opératoire est en place. Il donne lieu à un compte-rendu diffusé aux personnels.

Les ouvertures et fermetures de salle sont tracées en temps réel sur le DPI. Le bio-nettoyage des salles d'opération est assuré par des agents dédiés et également tracé dans le DPI. Les phases de décontamination des DM réutilisables avant envoi en stérilisation, sont réalisées par des personnels formés et dédiés à cette activité. La traçabilité des dispositifs médicaux, de stérilisation, de conservation des médicaments et de l'utilisation des produits sanguins est assurée.

La traçabilité de l'ensemble des actes est organisée, y compris pour la check list. La check-list sécurité est mise en œuvre pour toute intervention chirurgicale. Elle est tracée informatiquement. L'identification des patients au bloc opératoire est conforme à la procédure institutionnelle et en relation avec la mise en place de la check list.

Seul le relevé du per opératoire reste en format papier, un projet est en cours pour le déploiement total de l'informatisation du circuit. Les médecins anesthésistes réalisent leurs prescriptions en sortie de bloc sur le DPI. La sortie du patient de SSPI est validée et tracée par l'anesthésiste.

Dans le secteur de l'ambulatoire, le score de Chung est recueilli avant la sortie du patient et l'autorisation de sortie est signée par l'anesthésiste ou l'opérateur. Une procédure est en place pour organiser l'appel de la veille et l'appel du lendemain .

Un onglet de liaison service-bloc et bloc service est en place et permet la transmission d'informations utiles. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient entre le bloc opératoire et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques, pharmacie, stérilisation, logistiques et administratifs est opérationnel.

Les interfaces avec l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière sont particulièrement efficaces, en particulier dans le cadre de l'évaluation de la conformité des pratiques. Les quarts d'heure d'informations et les réunions inter services favorisent le dialogue entre professionnels, notamment en cas de survenue d'évènements sensibles (défaut, panne matériel, organisation du service...). Ces réunions font l'objet d'un compte-rendu à destination de l'ensemble des utilisateurs du bloc opératoire.

Toutes les bonnes pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées, validées et respectées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus de prise en charge de patients au bloc opératoire est assurée, en particulier par la mise en œuvre et le suivi d'indicateurs d'activités spécifiques analysés par semestre sur la base des FEI les plus fréquentes. Le recueil des indicateurs est réalisé par la cadre du bloc à partir des documents du DPI (check list, ouverture et fermeture de salle, traçabilité du bionettoyage...) sur un fichier Excel, exploité ensuite. D'autres indicateurs sont suivis au bloc opératoire : IQSS comme le DAN, taux d'occupation des salles, quizz, étude de cas, bloc des erreurs par exemple. Ces indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs, sont intégrés dans un tableau de bord spécifique au secteur bloc opératoire, ce qui permettra, à partir de leur traitement et de leur analyse, une adaptation de l'organisation et de la répartition des ressources ainsi qu'une adaptation objectivée des vacations opératoires et de la gestion des DM et DMI. L'analyse est gérée par la cadre de bloc et un retour est fait aux professionnels soit par le biais de la GED soit lors des quarts d'heure d'information.

Les RMM et les CREX en chirurgie et en anesthésie sont en cours de déploiement.

Le personnel participe à plusieurs EPP : zéro bijou, autorisation d'opérer pour les patients mineurs, surveillance microbiologique et environnementale au bloc opératoire.

Une analyse des dysfonctionnements est en place sur la base des événements indésirables et des dysfonctionnements identifiés.

Un rapport d'activités est établi annuellement et transmis à la CME.

Les comptes-rendus du conseil de bloc, les résultats des évaluations et des dysfonctionnements sont colligés dans la GED ou le serveur du bloc et transmis aux chirurgiens et anesthésistes par mail si besoin par la cadre.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS institutionnel. Elles sont mises en œuvre en fonction des résultats obtenus lors des évaluations et du suivi des indicateurs.

L'établissement recueille et analyse de nombreux indicateurs ce qui lui permet de mettre en place des actions correctrices et/ou d'amélioration.

Les risques significatifs non totalement éliminés dans le bilan annuel sont repris dans le programme d'action de l'année suivante.

La communication sur les résultats est réalisée en Conseil de bloc, et dans les instances concernées : CME, CLUD, CLIN. Elle se fait également dans le journal interne qui va devenir le journal du groupe ou par les bulletins de salaire, en externe par les tableaux d'affichage des indicateurs et la CDU.

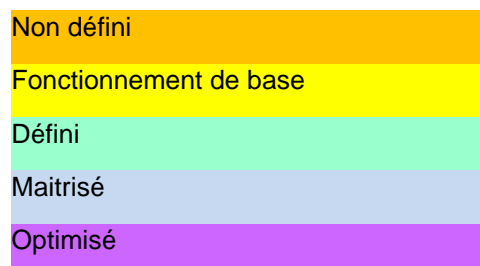
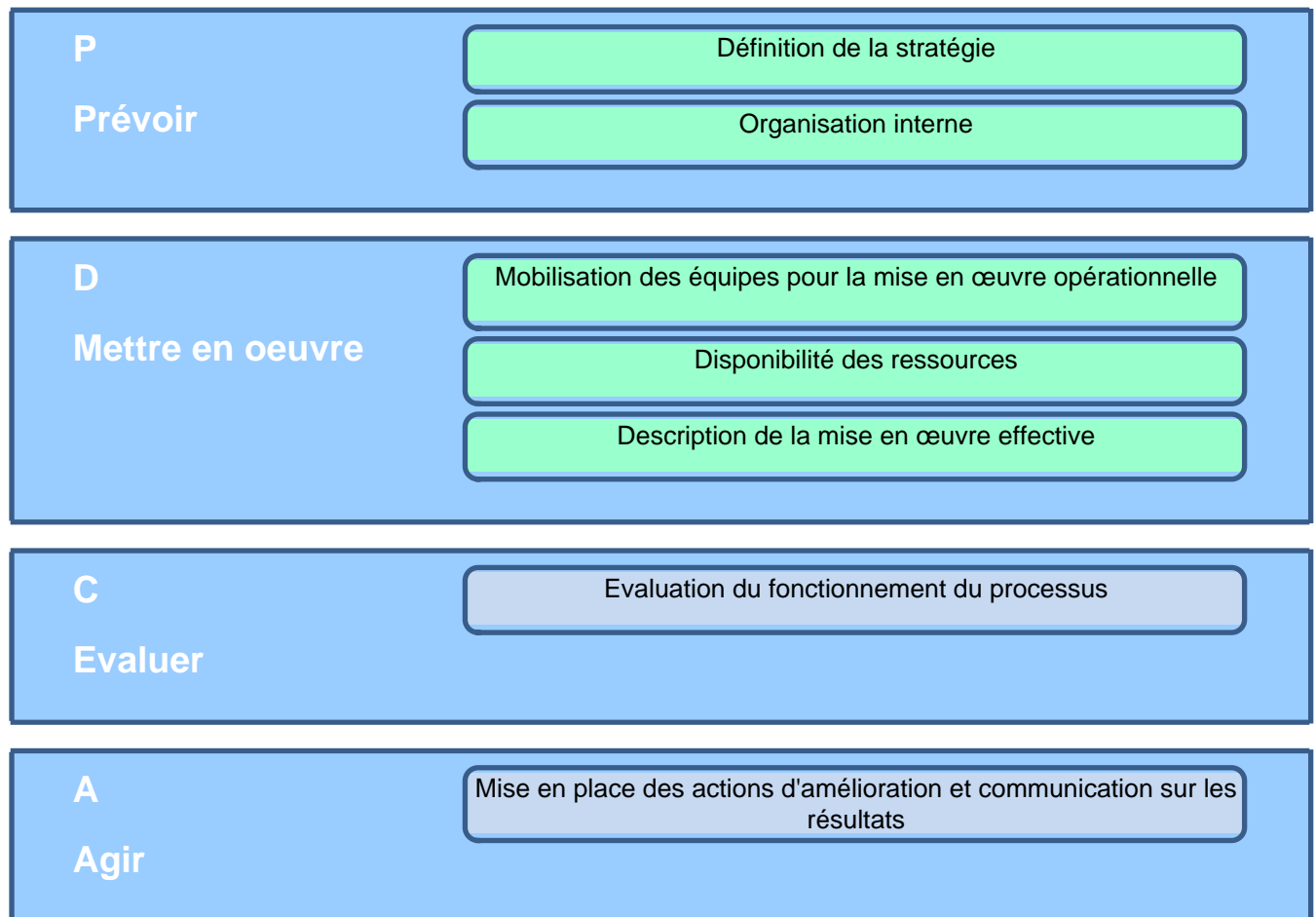
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie de la polyclinique de Lisieux concerne majoritairement les spécialités de gastroentérologie, d'urologie, et de gynécologie d'orthopédie et d'ORL. Les actes réalisés sont à visées diagnostiques et thérapeutiques. Il existe une salle d'endoscopie et une salle de décontamination-désinfection des endoscopes à l'intérieur du bloc général. Après une endoscopie les patients sous anesthésie, bénéficient d'une surveillance en SSPI localisée au sein du bloc opératoire.

Une stratégie validée par les instances de l'établissement est en place, des objectifs élaborés sur la base des recommandations de la précédente visite de certification ainsi que d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à cette activité. Elle prend en compte les étapes essentielles de l'activité (la préparation de l'acte, sa réalisation, sa traçabilité à toutes les étapes, l'environnement matériel et architectural et l'ensemble des ressources nécessaires). Cette analyse de risques a été menée en équipe pluri professionnelle de façon à garantir un fonctionnement sécuritaire pour le patient, les utilisateurs et une démarche qualité pérenne. Elle a associé les utilisateurs (médecin anesthésistes, endoscopistes, cheffe de bloc, équipe paramédicale, infirmière hygiéniste du groupe), le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et les fournisseurs de matériel.

Les risques ont été hiérarchisés et associés à des plans d'actions, avec désignation de pilotes et définition d'un calendrier de mise en œuvre. Ils sont intégrés au PAQSS de la polyclinique et validés après révision en instances.

ORGANISATION INTERNE

Le management de la polyclinique a organisé le pilotage de cette activité en désignant un pilote institutionnel qui est la cheffe de bloc aidée d'un co-pilote. Une fiche de mission définit leurs responsabilités dans le cadre de la gestion de cette thématique.

Le pilote ainsi que les membres du groupe de pilotage et les personnels des spécialités d'endoscopie concernées ont établi une cartographie du processus et une cartographie des risques travaillée avec les membres du groupe de pilotage. Le conseil de bloc intègre le fonctionnement de l'endoscopie et se réunit de façon hebdomadaire. Le pilote de ce processus est pilote du processus bloc opératoire.

Une organisation est en place avec des compétences en adéquation avec la réglementation (effectifs et formations prévues) et des ressources matérielles, conformes aux bonnes pratiques. Une formation à la désinfection et à l'activité d'endoscopie est prévue par le management de la polyclinique pour les professionnels en concertation avec l'EOH du groupe par un organisme certifié.

Tous les professionnels impliqués dans la réalisation des actes d'endoscopie ont été associés à la définition de l'organisation.

Toutes les ressources nécessaires ont été mises en place dans l'établissement (humaines, matérielles et documentaires pour les intervenants dans ce secteur sur le lieu de réalisation). Le dispositif de gestion documentaire utilisé est celui de la polyclinique. Les procédures en lien avec cette activité de soins se retrouvent dans la GED accessible depuis l'intranet.

Le local de traitement, stockage des fibroscopes et matériels nécessaires au traitement, est organisé de façon à assurer la sécurité du personnel, du matériel et la fluidité de l'activité. Le personnel prévu pour le nettoyage et la décontamination/désinfection des endoscopes est formé à ces pratiques. La structuration de l'activité, la définition des procédures, l'organisation des maintenances et le suivi du matériel ont été définis et formalisés en lien avec le biomédical et l'EOH. Le local de désinfection permet l'obtention d'un circuit propre/sale à la fin de l'endoscopie. La salle de décontamination comporte une paillasse réglementaire avec de l'eau bactériologiquement maîtrisée un lave endoscopes et un système de stockage conforme aux recommandations.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres à l'activité d'endoscopie sont établis. Il existe une collaboration étroite avec le service d'ambulatoire et les secteurs d'hospitalisation.

Les signalements des événements indésirables sont réalisés par les professionnels, avec des réunions de retour d'expérience (CREX audit GREPHH) à l'issue, en fonction de la criticité affichée. Les indicateurs recueillis et suivis dans un tableau de bord interne, concernent en particulier le taux de traçabilité des actes réalisés et de bio nettoyage du local de désinfection. Des réunions trimestrielles sont organisées dans le but d'informer et de communiquer sur la vie du secteur d'endoscopie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard de ses missions et des risques identifiés, la polyclinique de Lisieux répond aux besoins en ressources humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'elle s'est fixés. Les effectifs sont présents et suffisants: des aides-soignantes formées aux pratiques de désinfection s'occupent de la désinfection des endoscopes. La formation initiale et continue des agents et l'évaluation périodique sont ancrées dans la culture du service. La cheffe de bloc trace et suit les actions de formation réalisées au profit de l'équipe soignante, en lien avec la thématique. Les nouveaux personnels bénéficient de la formation par l'EOH et par tutorat d'un personnel formé.

Le recours au fournisseur est possible si nécessaire.

Les documents qualité (procédures et formulaires, cahier de traçabilité) sont présents et utilisés conformément aux attendus pour cette activité à risque.

Le processus est entièrement informatisé en dehors de la désinfection qui est tracée dans un cahier spécifique. Le risque MCJ est évalué et la check-list est faite systématiquement dans l'outil mis à disposition pour l'acte endoscopique. Cette traçabilité et le compte rendu de l'acte est intégré dans le dossier du patient informatisé.

Le carnet de vie des fibroscopes est opérationnel et suivi par le technicien biomédical du groupe en lien avec la pilote du processus. Le local de traitement et stockage des fibroscopes est totalement adapté. Le choix des matériels a été réfléchi en lien étroit avec l'EOH et le service biomédical. Les produits nécessaires au nettoyage et désinfection des fibroscopes sont présents et leur délai de péremption contrôlés régulièrement. Les équipements de protection des personnels (masque, lunette, gants avec manchette, gants stériles et lingettes de désinfection adaptées (conforme aux normes CE recommandées) sont à disposition en quantité suffisante et adaptée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La cheffe de bloc assure le pilotage du secteur endoscopie. Le logiciel utilisé permet l'élaboration anticipée des programmations endoscopiques et met en adéquation les effectifs par rapport à l'activité.

Le dossier patient informatisé est la source d'information partagée des professionnels des secteurs d'endoscopie et des secteurs de soins associés. Les interfaces du secteur sont opérationnelles. Les IDE de bloc assurent la continuité des soins pour les urgences et sont formées à la réalisation des endoscopes en urgence ainsi qu'à l'entretien des appareils. Des réunions communes sont organisées par la direction et l'encadrement, lors des conseils de bloc, au cours de RMM, CREX, patient traceur.

La déclaration des FEI est connue du personnel d'endoscopie. Toutes les actions entreprises viennent intégrer le PAQS de l'établissement.

Les procédures pour l'ensemble des prises en charge (patient, matériel) sont présentes dans la GED et accessibles à l'ensemble des professionnels de l'établissement.

Le personnel a participé à l'élaboration de la cartographie des risques. Le secteur endoscopie participe à la demande de prévention des risques en identito-vigilance, bio-vigilance, etc.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreuses évaluations et audits sont réalisés au sein de ce secteur et sont regroupées dans le tableau de bord des audits partagés avec le bloc les résultats en émanant sont regroupés dans un tableau d'indicateurs analysé par semestre. Toutes les actions qui en découlent viennent intégrer le PAG de l'établissement.

La cheffe de bloc suit ce tableau de bord d'indicateurs ainsi que celui du contrôle environnemental et du cahier de vie des endoscopes.

Une EPP (check list, bonne pratique d'hygiène en endoscopie) a également été formalisée et pérennisée. Les résultats sont discutés en conseil endoscopie.

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

Une démarche d'amélioration est en place. Les actions sont regroupées au sein du PAG de l'établissement avec pilote et modalités de suivi. Les plans d'action annoncés au regard des risques identifiés dans le compte qualité ont été mis en œuvre et sont suivis. Un réajustement est fait dès que nécessaire. La communication est effective notamment au travers de réunions, de l'affichage. Un retour d'expérience est fait en réunion inter bloc.