



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
ASSOCIATION DE DIALYSE
VAROISE**

Avenue jules renard
83500 LA SEYNE SUR MER
NOVEMBRE 2017

SOMMAIRE

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION | 2 |
| 1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION | 2 |
| 2. LA CERTIFICATION V2014 | 2 |
| 3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION | 3 |
| LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT | 4 |
| 1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS | 4 |
| 2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE | 5 |
| PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT | 6 |
| DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE | 8 |
| 1. DÉCISION DE CERTIFICATION | 8 |
| 2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES | 8 |
| 3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE | 8 |
| 4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ | 8 |
| 5. SUIVI DE LA DÉCISION | 8 |
| PROGRAMME DE VISITE | 9 |
| 1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES | 9 |
| 2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR | 9 |
| PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE | 10 |
| MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES | 11 |
| GESTION DU RISQUE INFECTIEUX | 16 |
| DROITS DES PATIENTS | 20 |
| PARCOURS DU PATIENT | 24 |
| DOSSIER PATIENT | 30 |
| MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT | 35 |
| ANNEXE | 40 |

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

| CENTRE DE DIALYSE LA SEYNE | |
|----------------------------|-----------------------------------------------|
| Adresse | Avenue jules renard 83500 LA SEYNE SUR MER |
| Département / région | VAR / PACA |
| Statut | Privé |
| Type d'établissement | Etablissement privé à but non lucratif |

| Liste des établissements rattachés à cette démarche | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------|--------------------------------|----------------------------------------------------------|
| Type de structure | FINESS | Nom de l'établissement | Adresse |
| Entité juridique | 830003695 | ASSOCIATION DE DIALYSE VAROISE | 1309, avenue du commandant houot 83130 LA GARDE |
| Etablissement de santé | 830216495 | ADIVA-DIALYSE A DOMICILE | 1309, avenue du commandant houot 83130 LA GARDE |
| Etablissement de santé | 830012589 | CENTRE DE DIALYSE LA SEYNE | Avenue jules renard 83500 LA SEYNE SUR MER |
| Etablissement de santé | 830015970 | CENTRE DE DIALYSE GASSIN | Espace santé - quartier st martin - d559 83580 GASSIN |
| Etablissement de santé | 830016671 | CENTRE DE DIALYSE SAINT-JEAN | Avenue georges bizet 83000 TOULON |

| Activités | | |
|-------------------------|-----------|------------------------------|
| Type de prise en charge | Activités | Nombre de séances de dialyse |
| MCO | Médecine | 12327 |

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

Réorganisation de l'offre de soins

| | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| Coopération avec d'autres établissements | cf. fiche interface |
| Regroupement / Fusion | / |
| Arrêt et fermeture d'activité | Transfert de l'autorisation de Carqueiranne à Toulon en mai 2014 |
| Création d'activités nouvelles ou reconversions | UDM de Toulon en mai 2014 |

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 |
| 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 | Homme ou femme | La Seyne | / | / | Complexe | MCO |
| 2 | Homme ou femme | Gassin | / | / | Simple | MCO |
| 3 | Homme ou femme | St Jean - Toulon | / | / | Complexe | MCO |
| 4 | Homme ou femme | A domicile | / | / | Simple | MCO |

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

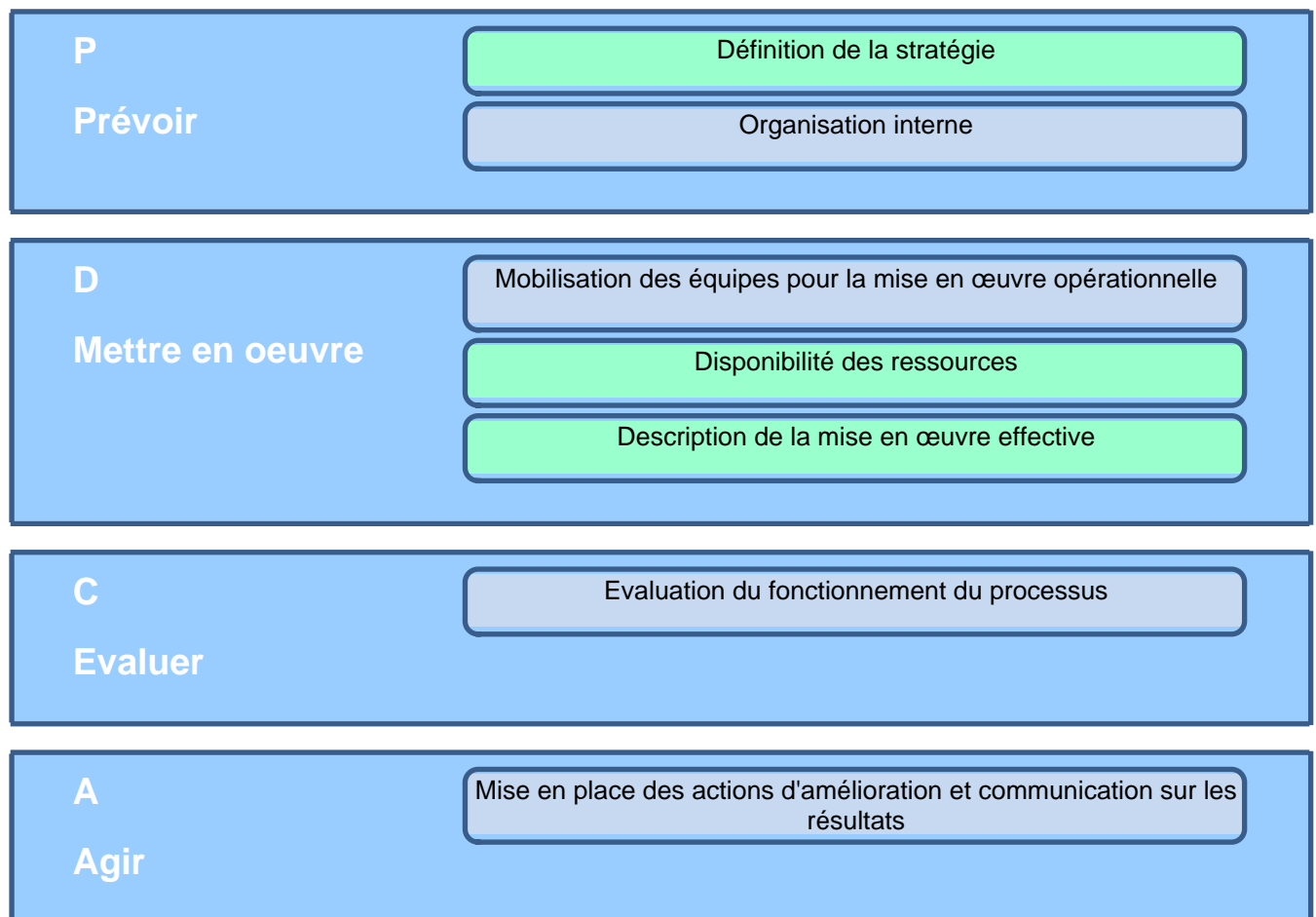
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'ADIVA est un établissement qui prend en charge des patients insuffisants rénaux chroniques. Il propose sur ces trois structures les modalités de dialyse : Centre, UDM, Auto dialyse simple et assistée.

Sur la base d'une identification des besoins spécifiques à l'ADIVA, au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales SROS PDS, l'établissement a défini sa stratégie relative au Management de la qualité et des risques dans son projet d'établissement 2015-2020 avec un engagement effectif de la direction. Cette politique intègre les obligations légales et règlementaires relatives à l'activité de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. La gestion de crise est également définie. La stratégie EPP est formalisée dans la "Politique EPP" du PE 2015-2020. Il a également utilisé comme sources de données l'identification et l'analyse de ses risques (CQ, cartographie des risques etc.) les résultats IQSSDIA et les exigences du manuel de certification de la HAS. La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels concernés selon une méthodologie définie. L'établissement a établi cinq cartographies pour les processus suivants : Dialyse, Pharmacie à usage intérieur (PUI), Technique et maintenance, Administratif, Facturation et Comptabilité, Ressources Humaines. Des risques prioritaires ont été identifiés. Ils ont fait l'objet de plan d'action par processus. Leur identification a permis la réactualisation des cartographies. Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, prend en compte l'ensemble des éléments attendus, validé et connu. Il regroupe l'ensemble des plans d'actions par processus notamment issus du CQ ou des instances. Il comporte des objectifs, actions, responsables, échéances et modalités de suivi. Le Compte qualité a été actualisé en mai 2017. Le programme a été validé par les instances : CME, COPIL, COVIGERIS etc.

ORGANISATION INTERNE

L'ADIVA bénéficie de l'appui managérial et méthodologique de directeurs du GIE des Établissements Sainte Marguerite ESM, qui regroupe 11 établissements dont l'ADIVA, notamment en ce qui concerne la Qualité, les Risques et Vigilances, la Direction des soins pôle dialyse, les Soins et hygiène, les Soins et nutrition etc.

A l'ADIVA, le processus est piloté par la CME et la Direction qui s'appuient sur :

- Le COPIL Comité de Pilotage qui regroupe la direction, le président de CME, les responsables des secteurs d'activité et les pilotes de processus
- Le COVIGERIS Comité des Vigilances et de Gestion des Risques qui est mutualisé pour l'ensemble des structures avec un objectif de retour d'expérience et de benchmarking. Lors de chaque réunion après une partie générale concernant, entre autre, le retour d'analyse des EI pour l'ensemble des ES, les points spécifiques à chaque établissement sont abordés.

L'instance de pilotage opérationnel est la Revue de Direction qui permet à chaque responsable ou pilote de présenter son bilan au regard de l'atteinte des objectifs de son plan d'action suite aux évaluations, audits, problématiques etc. Les thématiques suivantes sont abordées : Ressources humaines, Locaux, Maintenance équipements matériels, Système d'information, Gestion des risques, Qualité. Des plans d'actions sont actés et intégrés dans le PAQ.

Le suivi des plans d'action de tous les secteurs d'activité est assuré au cours des revues de direction en lien avec celui des autres instances.

L'organisation mise en place par l'établissement prévoit chaque quadrimestre, sur une journée, les réunions de toutes les instances: CDU, RMM, CREX, CLIN, CME (Commission EPP, CLAN, CLUD) Revue de Direction, ainsi qu'un retour d'information pour la COMEDIMS et le COVIGERIS.

La procédure prévoit la réalisation d'un compte-rendu avec diffusion à l'ensemble des professionnels par le biais du portail internet.

Des fiches de poste "Pilote de Processus" définissent les responsabilités des pilotes pour l'ensemble des thématiques.

Afin de répondre aux objectifs et aux besoins concernant les ressources humaines l'ADIVA prévoit un plan de formation annuel avec des formations spécifiques sur la thématique ex: Formation Incendie etc.

Un dispositif d'intégration des nouveaux salariés avec une évaluation de leur intégration est prévu.

L'établissement a également mis en place une plateforme e-learning qui propose aux professionnels des formations sur les thèmes "Patient traceur", "Sécurité Incendie" etc.

Les professionnels ont l'obligation de suivre les sessions par e-learning au moins une fois par an. Un suivi est réalisé par les IDE référents et les responsables de service en lien avec le service qualité.

La Revue de Direction assure la coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques.

Le COVIGERIS coordonne les dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques. Des procédures spécifiques sont en place. L'établissement a nommé un correspondant pour chaque vigilance.

L'exploitation des plaintes et réclamations est sous la responsabilité du directeur des ESM en charge de la

relation avec les usagers.

Un dispositif structuré de gestion documentaire intègre les procédures définies et formalisées. Une procédure "Gestion documentaire-Maitrise des documents et des données" définit l'organisation du dispositif.

La procédure "Gestion des risques-Signalement des évènements indésirables" précise le dispositif de gestion des évènements indésirables permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée et associant les acteurs concernés.

Le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels est défini dans la politique EPP. Le suivi de l'avancement des démarches est prévu lors des CME.

Une gestion prévisionnelle de la maintenance des équipements et des infrastructures, des travaux et achats, etc. permettant de répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements est sous la responsabilité du responsable technique des Établissements Sainte Marguerite.

Le système d'information est structuré de façon à répondre aux besoins de l'établissement.

L'établissement a organisé les interfaces avec les secteurs cliniques par le biais du SI (portail internet, DPA informatisé etc.), des IDE référentes de chaque unité, du Directeur Adjoint ESM / Pôle Dialyse qui se rend régulièrement sur l'ensemble des unités. Les demandes d'intervention pour le service technique sont réalisées via le portail internet de l'établissement par l'intermédiaire de l'application « tFEI ».

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées pour la mise en œuvre opérationnelle.

Des plans d'action propres aux secteurs en déclinaison du programme d'actions institutionnel sont suivis par les IDE référentes de chaque unité et les responsables des autres secteurs d'activité.

Avant la Revue de Direction, chaque responsable prépare avec ses équipes le bilan qu'il présentera lors de cette réunion. En retour les décisions et plans d'actions sont présentés aux professionnels. Ceci permet de les sensibiliser régulièrement sur les objectifs du service. La Revue de Direction est une instance où la communication est à la fois ascendante et descendante avec une forte implication des professionnels de terrain.

Cette stratégie concourt à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Les IDE référents et les responsables de service s'assurent de la conformité des pratiques par le biais d'évaluations périodiques. En effet l'ADIVA a mis en place une organisation formalisée par une procédure "Audits". Un calendrier établi par l'attachée de direction en charge de la qualité permet le suivi de la mise en œuvre de ces audits selon une périodicité définie. Les audits réalisés permettent soit une évaluation des pratiques (ex: Préparation d'une séance en mode HD ou HDF en ligne), soit une évaluation des connaissances des professionnels sous forme de quiz (ex: Conduite à tenir en cas d'accident professionnel d'exposition au sang).

Des audits de "patient traceur" ont également été réalisés depuis 2015.

Au cours de réunions d'auto diagnostic, les IDE référentes, en lien avec les professionnels de terrain, ainsi que les responsables des autres secteurs ont été mobilisés dans l'élaboration du compte qualité.

Une démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement a permis la formalisation de cartographies de risques par processus: Dialyse, Pharmacie à usage intérieur (PUI), Technique et maintenance, Administratif, Facturation et Comptabilité, Ressources Humaines. Cela a également permis d'identifier les risques intégrés dans le Compte qualité.

Le dispositif de gestion des évènements indésirables est approprié et opérationnel. Les professionnels déclarent les EI par le biais d'une fiche informatisée via le portail internet de l'établissement. Le circuit de diffusion en fonction de la thématique et les responsables d'actions sont définis par le COVIGERIS. Le cas échéant un CREX ou une RMM peut être déclenchée, ainsi en 2016, des REX ont été réalisés sur des thématiques telles que la PEC médicamenteuse, l'identitovigilance, les risques professionnels, la technique et la maintenance etc. Un bilan des EI est présenté en COVIGERIS et en Revue de Direction.

Des EPP sont déployées et mises en œuvre avec l'engagement effectif des professionnels ex: Prévention et traitement de dénutrition du patient hémodialysé chronique etc.

Les résultats des audits, évaluations, analyse des EI sont communiqués aux professionnels qui sont associés à l'identification d'actions correctives notamment par le biais de la revue de direction.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en effectif suffisant sont mises à disposition au regard de la réglementation pour l'activité de dialyse. Les personnels sont formés sur la thématique. Un programme spécifique est en place pour les nouveaux arrivants. Il intègre une formation à l'utilisation de la gestion documentaire, à la déclaration des EI. Un dispositif d'évaluation est en place. Les professionnels sont formés au moins une fois par an sur les thématiques proposées dans le cadre du e-learning notamment le "Risque incendie". Des formations V2014 ont été réalisées au cours de la dernière année.

La gestion documentaire est diffusée sur le portail internet dans un espace sécurisé accessible par tous les professionnels disposant de codes d'accès personnalisés. Elle est actualisée tous les ans. En effet, une revalidation annuelle par les rédacteurs des documents est réalisée. Ce dispositif opérationnel est

parfaitement connu des professionnels.

La maintenance préventive et curative des infrastructures et des équipements est assurée par le service technique des Établissements Sainte Marguerite. Le responsable technique en assure le suivi sur la base d'une planification. Les demandes de dépannage et d'intervention sont réalisées par le biais du portail internet de l'établissement. Un bilan est présenté en Revue de Direction.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'ensemble des dispositifs sont coordonnés par le biais du COVIGERIS et de la Revue de Direction : qualité, gestion des risques, vigilances, veille sanitaire, gestion de crise etc. L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers et contribuant à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge est assurée par le directeur ESM en charge de la relation avec les usagers en lien avec le CDU.

Les représentants d'usagers participent et sont associés à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins, notamment dans le cadre du CDU. Le suivi et la coordination de la prise en charge sont assurés. Les circuits sont respectés notamment en ce qui concerne la diffusion des documents, l'analyse des EI etc. Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs d'activité. L'ensemble des actes relatifs à la mise en œuvre du processus sont tracés. Les réunions des différentes instances et groupes de travail font l'objet de comptes rendus et de bilans d'activité.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation institutionnel, à l'échelle de l'ES, est prévu. En effet l'ADIVA a mis en place une organisation formalisée par une procédure "Audits". Un calendrier établi par l'attachée de direction en charge de la qualité permet le suivi de la mise en œuvre de ses audits selon une périodicité définie. Les audits réalisés permettent soit une évaluation des pratiques, soit une évaluation des connaissances des professionnels sous forme de quiz.

Des audits de "patient traceur" ont également été réalisés depuis 2015. La satisfaction des usagers en lien avec la CDU est évaluée tous les ans sur l'ensemble des unités. L'ADIVA réalise également des évaluations de la satisfaction des correspondants externes, des patients à domicile par rapport à la livraison des produits à domicile. L'établissement a également mis en place un questionnaire de satisfaction pour les utilisateurs de la PUI.

Par le biais de la Revue de Direction, l'ADIVA réalise une évaluation du système de management de qualité/gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés. Des bilans d'activité sont réalisés par les instances et suite à la Revue de Direction.

A / AGIR

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

Des actions sont mises en œuvre en lien avec les résultats d'évaluation présentés lors de la Revue de Direction. Des plans d'actions sont actés et intégrés dans le PAQ. Le suivi des plans d'action de tous les secteurs d'activité est assuré au cours des revues de direction en lien avec celui des autres instances. Le programme et la politique qualité gestion des risques sont réajustés en fonction des évaluations menées et résultats obtenus lors de la première Revue de Direction annuelle. Les résultats d'évaluation et actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels par le biais des IDE référentes, des responsables de services, du portail internet, du webinfos ESM etc. La communication des résultats pour les usagers se fait par l'intermédiaire de la CDU, du site internet de l'ADIVA et d'affichage dans les unités.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

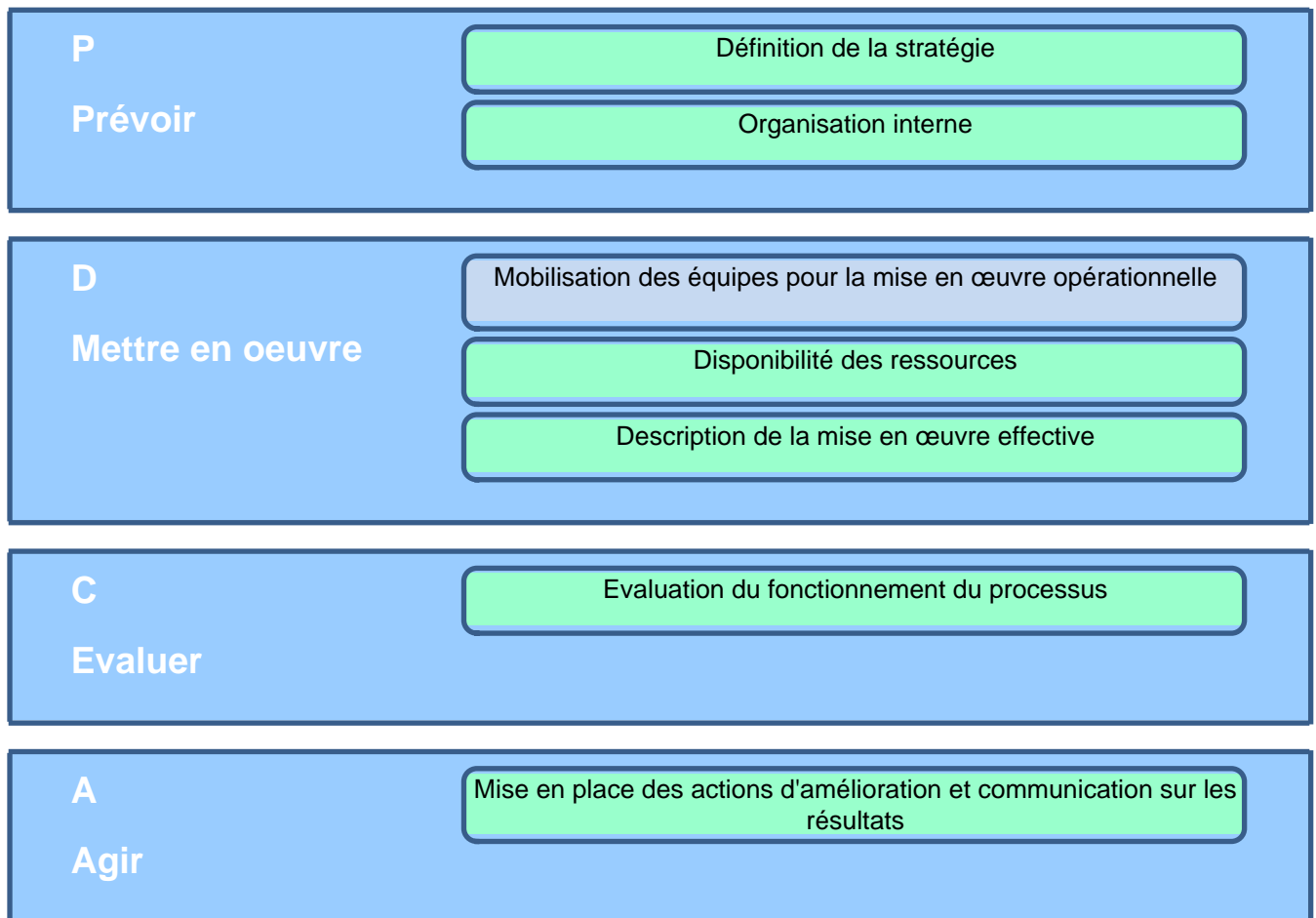
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a rédigé sa politique de maîtrise du risque infectieux 2015-2020. Elle fait partie intégrante du projet d'établissement. Axée sur la prévention, la surveillance, l'évaluation et la formation elle définit l'organisation et les moyens adaptés, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est désigné et est en charge du Comité des Vigilances et de la Gestion des Risques (COVIGERIS) instance transversale aux établissements Sainte Marguerite.

L'établissement a identifié et hiérarchisé ses risques. Pour exemple, on retrouve dans le compte qualité le risque d'insuffisance de formation et/ou de connaissances des procédures d'hygiène. Un programme d'actions de maîtrise du risque infectieux est défini annuellement. L'EOH s'appuie sur les correspondants hygiène pour sensibiliser les professionnels au risque infectieux. Un bilan annuel du CLIN est réalisé et présenté en INTERCLIN.

ORGANISATION INTERNE

L'ADIVA, établissement membre des Établissements Sainte Marguerite a un CLIN et œuvre pour la maîtrise du risque infectieux et la lutte contre les infections nosocomiales. Chaque établissement du groupe mutualise ses moyens au travers d'un INTERCLIN. Ce processus est piloté par le pharmacien (président du CLIN), le directeur ESM soins et hygiène et une IDE référente titulaire du DU Hygiène. Les rôles et responsabilités sont formalisés dans une fiche de poste.

Afin de répondre aux objectifs et aux besoins concernant les ressources humaines l'ADIVA prévoit un plan de formation annuel avec des formations spécifiques ex : hygiène, notamment des locaux, prévention du risque infectieux, bon usage des antibiotiques etc.

Un dispositif structuré de gestion documentaire intègre les procédures et protocoles de surveillance et de prévention du risque infectieux.

Les conditions d'hygiène optimales des locaux sont définies. L'IDE référente de chaque unité en est responsable, des procédures sont définies. L'établissement met à disposition des professionnels les matériels et consommables nécessaires à l'entretien des locaux.

La promotion du bon usage des antibiotiques est définie : moyens mobilisés, outils diffusés, actions mises en œuvre. Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la consommation des antibiotiques est en place.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement a décliné sa démarche institutionnelle en objectifs opérationnels au sein des unités de l'ADIVA. L'EOH s'appuie sur les correspondants hygiène pour sensibiliser les professionnels au risque infectieux. Les IDE référentes s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et mettent en place des mesures correctives en fonction des résultats des évaluations. Les professionnels ont la possibilité de déclarer les événements indésirables sur le portail internet de l'établissement lors du constat d'un dysfonctionnement. Des réunions périodiques sont en place pour échanger sur les pratiques, le bilan des activités et sur la mise en place d'actions correctives identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Elles font suite à la Revue de Direction quadrimestrielle. La communication auprès des professionnels est effective : réunions, correspondants hygiène etc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, compétences IDE hygiéniste, correspondants hygiène, formation), matériel (consommables et équipements, maintenance préventive et curative) et documentation (accessible sur le portail internet de l'établissement et actualisée annuellement) sont disponibles dans tous les secteurs.

Des sessions de formation sont assurées par la cellule hygiène du GIE ESM. Des professionnels participent aux formations comme par exemple le bio nettoyage, la journée méditerranéenne de prévention des infections nosocomiales, formation des correspondants en hygiène etc. Des formations sur l'hygiène sont également proposées par e-learning.

Des procédures et protocoles de maîtrise du risque infectieux sont rédigés et validés par le CLIN. Ces documents sont révisés annuellement. Les professionnels connaissent et appliquent ces recommandations.

Une procédure permet l'identification des patients BMR ou BHRé. Les prescripteurs ont à disposition un livret thérapeutique, des procédures sur l'antibioprophylaxie, le bon usage des antibiotiques: guide du nouveau prescripteur. Une brochure d'information à destination des patients est remise "Action éducative ciblée : le bon usage des antibiotiques pour préserver leur efficacité". Cette information a été également déployée dans le cadre de la semaine de la "Sécurité des patients".

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et les procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

En pratique, des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que des procédures d'hygiène des locaux, en lien avec l'EOH sont mises en œuvre. Des prélèvements environnementaux (eau, surface) sont réalisés, selon une périodicité définie par l'EOH et le CLIN, et analysés. Les différents circuits (linge, déchets etc.) sont identifiés et organisés. Les interfaces sont opérationnelles. La maîtrise du bon usage des antibiotiques est prise en compte. Une réévaluation du traitement à 48h est organisée actuellement sur un support papier "Prescription et évaluation d'un traitement par antibiotique". Sur le logiciel de prescription, une alerte en phase test vient d'être déployée pour rappeler aux prescripteurs la réévaluation de la prescription. Une fois cette alerte opérationnelle, le support papier sera retiré. Des actions éducatives ciblées sur les règles d'hygiène sont proposées aux patients. Des professionnels de l'établissement assurent l'hygiène des locaux et le bio nettoyage. Les procédures et équipements sont identiques sur l'ensemble des sites. La périodicité de l'entretien est définie et la traçabilité assurée. Les réunions des différentes instances et groupes de travail notamment EOH, CLIN, INTERCLIN, Revue de direction font l'objet de comptes rendus et de bilans d'activité. Les observations issues des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre du processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques, notamment à l'aide d'indicateurs sont réalisées. L'établissement participe au recueil des indicateurs nationaux spécifiques au risque infectieux : ICALIN, ICSHA etc. Les pratiques de soins en matière d'hygiène sont auditées et contrôlées : tri et collecte du linge, bio nettoyage, friction hydro alcoolique des mains, précautions complémentaires, tri des DASRI etc. Des indicateurs sont également suivis : consommation des antibiotiques, CBU, contrôles environnementaux etc. Les évaluations intègrent également les patients. Ils sont audités sur la réalisation du lavage des mains et du bras porteur de l'abord vasculaire. Ils donnent leur avis via le questionnaire de satisfaction sur la propreté des locaux et des sanitaires.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations donnent lieu à la mise en place d'actions d'amélioration. Elles sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel. Le suivi des plans d'action de tous les secteurs d'activité est assuré au cours des revues de direction en lien avec l'EOH, le CLIN et l'INTERCLIN. Les résultats d'évaluation et actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels par le biais des IDE référentes, des responsables de services, du portail internet, de la webinfos ESM etc. La communication des résultats pour les usagers se fait par l'intermédiaire de la CDU, du site internet de l'ADIVA et d'affichage dans les unités.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

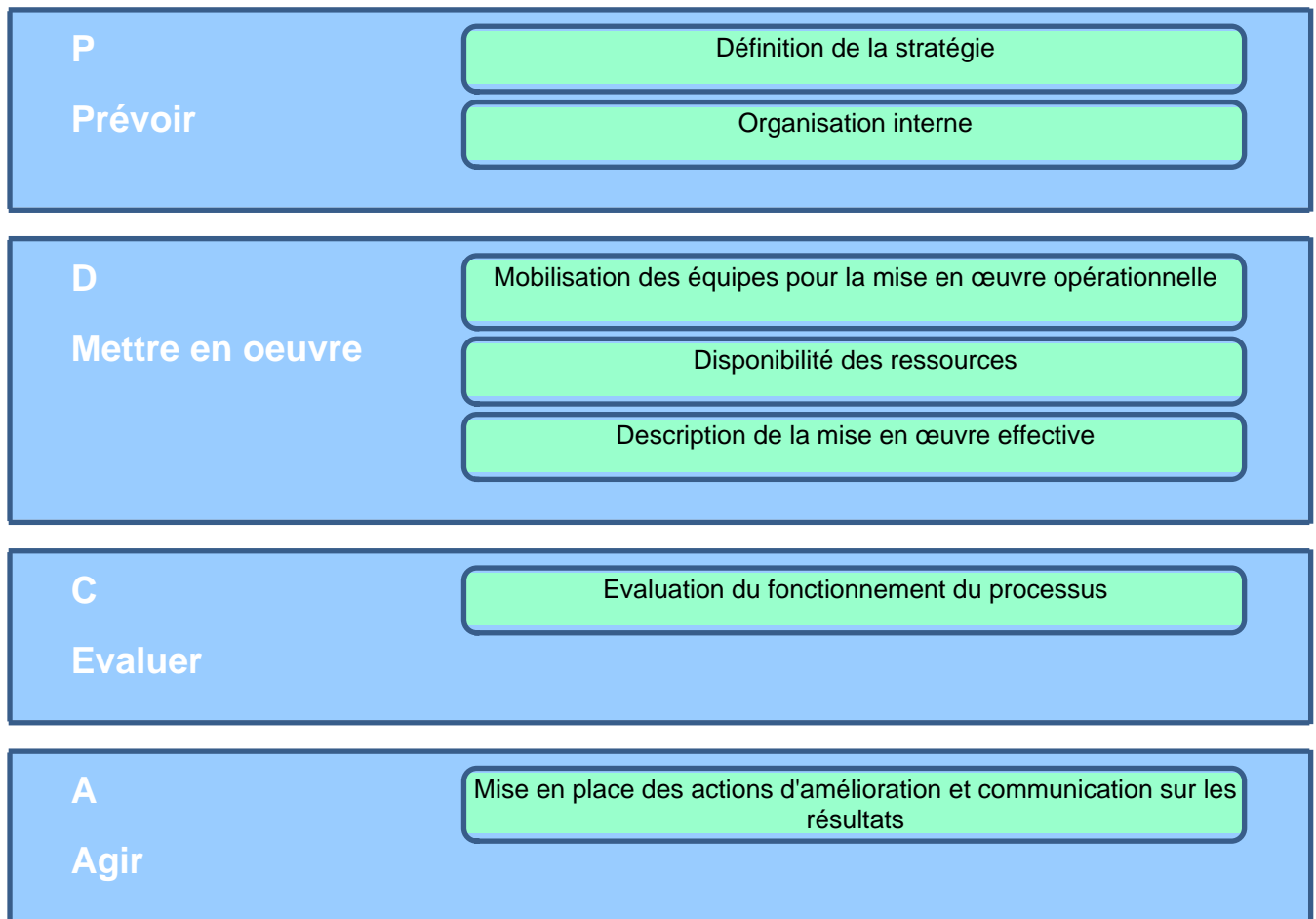
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'ADIVA a rédigé la politique Droits des Patients 2015-2020 en cohérence avec la politique qualité et gestion des risques. Elle reprend les droits fondamentaux des patients, les droits de la personne malade, les droits spécifiques des patients en fin de vie. Cette politique est intégrée au projet d'établissement de l'ADIVA (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles etc.) en association avec la CDU. Elle est déclinée dans le programme d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins validé par les instances et est présenté à la commission des usagers. Les professionnels se sont basés sur plusieurs sources pour identifier leurs risques : indicateurs (Hôpital Numérique etc.), questionnaires de satisfaction, plaintes et réclamations, fiches d'événements indésirables, audits etc. Les risques ont été hiérarchisés. Pour exemple, on retrouve dans le compte qualité le risque de refus de soins, le risque de maltraitance etc. Un plan d'actions est défini avec objectifs, identification des pilotes et délai de réalisation.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur des établissements Sainte Marguerite (ESM) en charge de la qualité, le directeur adjoint ESM en charge des blocs opératoires / relation avec les usagers, le directeur adjoint ESM en charge du pôle dialyse et la représentante des usagers pilotent ce processus "Droits des patients". Une fiche de fonction définit le rôle et les missions des pilotes. Une commission éthique est en place. Les projets de prise en charge prévoient le respect des droits des patients : projet personnalisé de soins favorisant dans la mesure du possible, l'implication du patient et l'expression de ses préférences notamment dans la planification de ses séances.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines (effectif, formation etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance etc.) et documentaires (procédures, protocoles etc.) nécessaires afin de garantir la dignité, l'intimité, la confidentialité, le respect des libertés individuelles etc. Les besoins en formation initiale et continue des professionnels sont définis. Le plan de formation prévoit des formations "Accueil, prise en charge et droits des patients", "Bienveillance" etc. La CDU est en place. Ses missions et son fonctionnement sont formalisés dans le règlement intérieur et statutaire de la CDU. Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU via le livret d'accueil, le site internet de l'établissement et les différents affichages (charte de la personne hospitalisée, charte de bienveillance, charte du respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité du patient, charte de la dialyse). Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. La gestion des interfaces est organisée notamment entre les unités et en cas de repli pour faciliter la concertation entre professionnels. Les professionnels (secrétaires ou IDE) organisent, si besoin, la prise de rendez-vous auprès des spécialistes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et des besoins, les responsables organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels avec sensibilisation et informations régulières des professionnels.

Les professionnels sont sensibilisés au respect des droits du patient par le biais du "Livret d'accueil du professionnel", au travers de procédures spécifiques comme la non divulgation de présence, la communication du dossier patient etc. Des "Règles d'or de l'accueil" sont rappelées : "dire bonjour, se montrer intéressé mais discret etc.". Des modalités de suivi sont définies pour chaque action du programme institutionnel portant sur les droits des patients. Les IDE référentes s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues. En fonction des résultats des évaluations, des actions d'améliorations sont mises en place. L'ensemble des résultats et des actions menées est présenté dans le cadre des revues de direction puis communiqué aux professionnels de santé au cours de réunions formelles ou informelles. Les plaintes et réclamations sont présentées en CDU et font l'objet d'une analyse avec les professionnels concernés et/ou de la mise en place de mesures correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériels (locaux spacieux et équipements adaptés, maintenance) et documentation (accessible au format électronique sur tous les ordinateurs, actualisée tous les ans et connue) sont disponibles dans les différentes unités. L'établissement a mis en place des procédures notamment "Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique", "Prise en charge d'un patient identifié à risque", "Conduite à tenir en cas de refus de soins d'un patient dialysé", "Annonce d'un dommage lié aux soins" etc. Les procédures sont connues des professionnels et

appliquées (rappel de la nécessité d'effectuer les soins dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient). La traçabilité des informations est retrouvée. Les formations réalisées comprennent des actions relatives aux droits des patients : accueil, prise en charge et droits des patients, bientraitance, gestion de la violence en milieu de soins, etc. Les conditions de soins en ambulatoire dans les différentes unités permettent dans l'ensemble de garantir le respect de la dignité et de l'intimité des patients (présence de paravent, de box d'isolement, bureaux médicaux permettant des entretiens singuliers). Les locaux sont accessibles aux personnes à mobilité réduite notamment les accueils, les vestiaires, les sanitaires.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

En lien avec le plan d'actions défini, les professionnels mettent en œuvre des actions portant sur les droits des patients : information, bientraitance, projet de soins personnalisés etc. Les entretiens réalisés auprès des professionnels des différents sites et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont démontré la sensibilisation des professionnels au respect des droits des patients. L'accueil du patient est personnalisé avec accompagnement de l'entourage lorsque nécessaire. Le livret d'accueil remis lors de la visite de l'unité ou de l'admission, informe le patient sur ses droits et sur les missions de la CDU. Pour les vacanciers, ce livret est remis lors de la première séance de dialyse. Il est également disponible sur le site internet de l'établissement. L'espace patient du site internet de l'établissement rappelle les droits et devoirs des patients (droits, lutte contre la maltraitance, directives anticipées, personne de confiance etc.). L'organisation permet le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. La promotion des libertés individuelles est prise en compte. Le patient est libre de se présenter ou non à sa séance de dialyse. Il peut refuser un soins ou une hospitalisation. Il est informé des risques encourus. La traçabilité est assurée. Le document "Information et consentement éclairé à l'admission en traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique" via le "Livret information patient" est renseigné par le patient et le néphrologue. Le patient renseigne également le document "Dépistage des patients à risque de portage BMR et BHRé". Un autre document "Désignations / autorisations administratives et médicales" est à renseigner par le patient (personne à prévenir, transmissions des informations de santé à des proches ainsi qu'à des professionnels de santé, personne de confiance, directives anticipées). Le processus d'information du patient comprend également l'annonce d'un dommage lié aux soins. Un dispositif permet d'intégrer les proches du patient (prise en compte des événements de la vie du patient pour la planification des séances, organisation des séjours de vacances, ...). La gestion des plaintes et réclamations des patients est articulée avec celle des événements indésirables.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un plan annuel d'évaluation est défini et suivi par les pilotes et la revue de direction. Un suivi quadrimestriel est assuré au cours des revues de direction de la politique GDR centrée sur les droits des patients. Le respect des droits, la satisfaction du patient et de son entourage sont principalement évalués au travers d'une enquête annuelle de satisfaction des patients ainsi que par les plaintes et réclamations et l'analyse des FEI. Les résultats du questionnaire de satisfaction montrent un bilan global très positif avec un taux de retour de 50% à 100% en fonction des unités pour les patients "permanents" et de 20% à 80% pour les vacanciers. Les professionnels sont également audités annuellement sur leur niveau de connaissance du respect des droits des patients. Un bilan annuel de la CDU est réalisé.

A / AGIR

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

Le programme d'actions spécifiques à la thématique "Droits des patients" est intégré et articulé avec le programme institutionnel d'actions d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Les actions définies suite aux résultats des audits sont mises en œuvre. La communication est réalisée, suite à la revue de direction, par le biais de réunions formelles et informelles, par la diffusion de comptes rendus sur le portail internet etc. La communication des résultats pour les usagers se fait par l'intermédiaire de la CDU, du site internet de l'ADIVA et d'affichage dans les unités.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

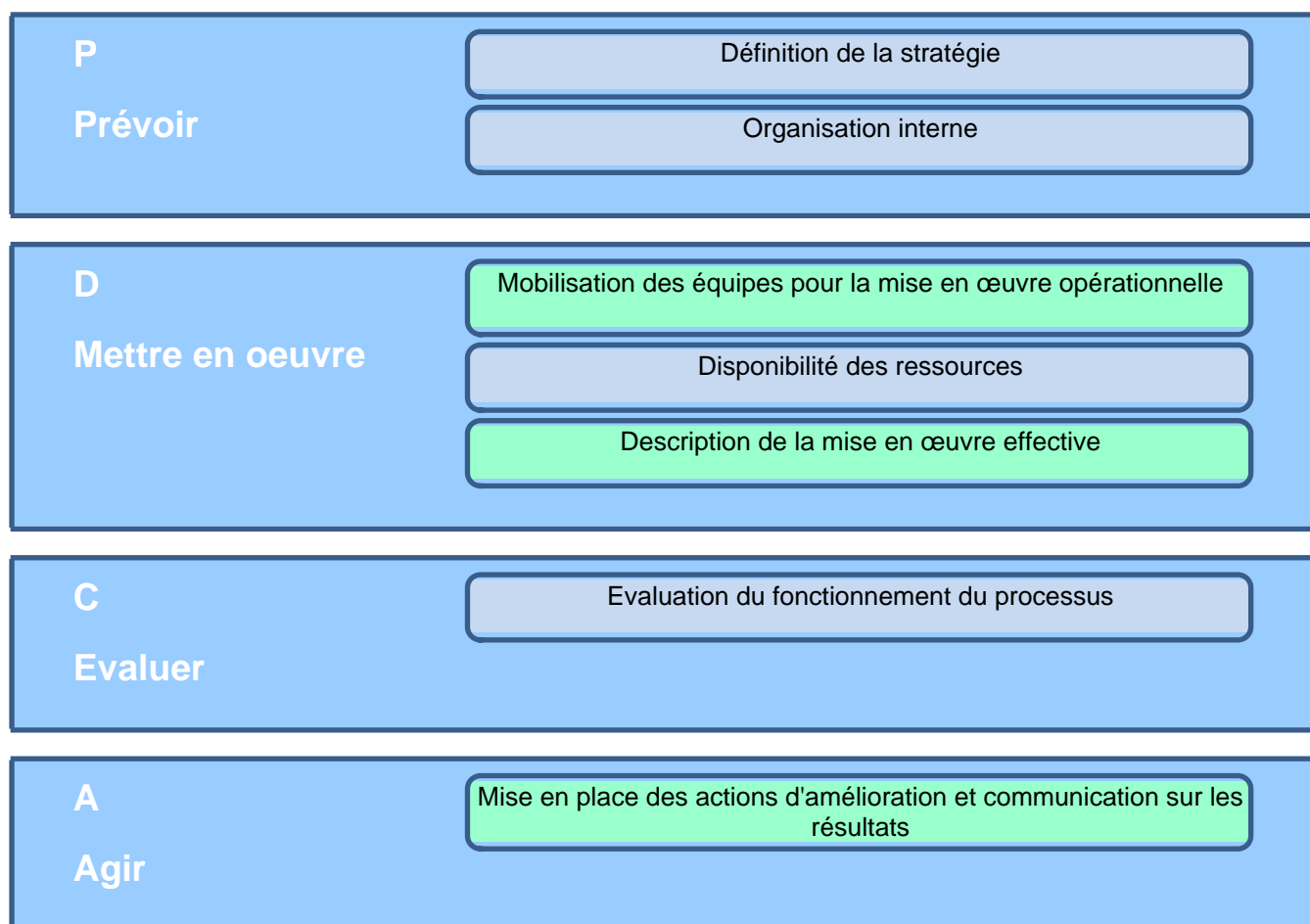
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



| |
|------------------------|
| Non défini |
| Fonctionnement de base |
| Défini |
| Maitrisé |
| Optimisé |

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Association de Dialyse Varoise (ADIVA) est une structure à caractère associatif de statut loi 1901 créée en 1993 par un Médecin Néphrologue. Elle a pour but de rapprocher les structures de soins du lieu de résidence des patients et de permettre l'accueil de patients en villégiature dans cette région aux atouts touristiques. Elle fait partie des Établissements Sainte Marguerite (ESM) et comporte trois centres de dialyse situés à La Seyne sur Mer, Toulon Saint Jean qui desservent la région toulonnaise et à Gassin pour la presqu'île de Saint Tropez. Elle propose les différentes modalités d'hémodialyse, des prestations logistiques pour la dialyse péritonéale à domicile et aussi des consultations pour le suivi de l'insuffisance rénale.

La stratégie adoptée par la structure respecte les valeurs institutionnelles et les orientations inscrites dans le projet d'établissement 2015-2020. Elle s'appuie également sur les orientations du PRS et du PDS et sur les exigences réglementaires (CBU). Les sources de données utilisées sont : les référentiels HAS, les résultats des indicateurs et les compte rendus des réunions des instances (COPIL et Revue de Direction), le suivi des plaintes et des réclamations et l'écoute des patients, des représentants des usagers, des membres des instances et des équipes. Elle est portée par la Direction de l'ADIVA et a été validée par les instances.

Au regard de l'analyse des événements indésirables, des comptes rendus d'audits du parcours patient, du projet d'établissement et des différents résultats nationaux (IQSS, HN), les risques ont été identifiés puis hiérarchisés selon une méthode classique et structurée permettant d'établir une cartographie des risques du parcours patient. Quatre risques spécifiques retenus ont été inscrits dans le Compte Qualité (CQ) de Décembre 2016 : dysfonctionnement dans la coordination et la continuité des soins, retard d'inscription sur liste de greffe, risque de chutes et difficulté de PEC des patients dialysés par défaillance des transports. Des actions communes au compte qualité et au PAQSS de l'établissement ont été formalisées avec pour chacun un responsable identifié, un échancier et des indicateurs et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Pour gérer ce processus, l'établissement a mis en place une organisation associant trois pilotes stratégiques le Président de l'ADIVA, le Président de la CME et la Directrice Adjointe ESM / Pôle Dialyse et deux pilotes opérationnels IDE Référentes dialyse. Les fiches de missions des pilotes sont disponibles précisant leurs rôles et responsabilités.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à la réalisation des activités et à l'atteinte des objectifs fixés : besoins en ressources humaines (effectif, formation, adaptation des horaires et des astreintes et des consultations), matérielles (développement de l'informatique notamment) et ressources documentaires sécurisées accessibles et actualisées dans toutes les unités. Les règles de présence et le système d'astreintes sont définis pour les différents professionnels dans chaque secteur et des cartes (de format carte bleue) précisant le numéro à appeler sont remises à chaque patient dialysé. Les projets de formation validés sont inscrits au plan annuel de formation.

Les circuits des patients sont définis en fonction de leur état de santé et de leur autonomie pour déterminer le site et le type d'unité adaptée à leur prise en charge. La fonction transport est organisée. La procédure actualisée de prise en charge des urgences vitales est formalisée et diffusée aux professionnels. La prise en charge des personnes handicapées ou appartenant à des populations spécifiques démunies est organisée. L'établissement ne dispose pas de programme d'Éducation Thérapeutique des Patients (ETP) autorisé par l'ARS. Il assure cependant des actions éducatives ciblées réalisées par les soignants au cours de séances de dialyse et complétées par la remise de différentes plaquettes d'information (18 différentes sont disponibles concernant l'abord vasculaire, la dialyse, les médicaments, la diététique, la douleur et la dialyse péritonéale). Les patients sont aussi informés des programmes d'ETP validés disponibles au CH de Toulon Sainte Musse.

L'organisation des services techniques ou parfois l'intervention de prestataires externes permettent d'assurer la maintenance des différents équipements (générateurs et traitement d'eau des 3 sites).

Les interfaces sont assurées entre les différentes unités dont la Pharmacie et les différents intervenants. La transmission des informations et des résultats d'examen lors du parcours du patient est prévue par liaison informatisée. La coordination des équipes et la communication entre les différents intervenants reposent également sur la transmission des informations par les IDE Référentes dialyse, l'organisation de réunions pluridisciplinaires ou les réunions des différentes instances.

L'organisation et les interfaces permettent ainsi l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs d'activités déterminés en fonction des différents processus identifiés sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle avec notamment une planification en général annuelle des audits. Les cadres et les IDE référentes sensibilisent les professionnels sur leurs objectifs et les risques identifiés dans leurs secteurs. Les IDE référentes s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (multiples audits) et informent les professionnels de leurs résultats. Des réunions périodiques sont en place pour échanger sur les pratiques, le bilan des activités et sur la mise en place d'actions correctives identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Elles font suite à la Revue de Direction quadrimestrielle.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en personnel ainsi que leurs compétences répondent aux besoins de cette prise en charge spécifique en lien avec la réglementation et sont déployées dans les trois sites. Les effectifs intervenant à l'ADIVA sont constitués de onze Néphrologues, d'un Directeur Adjoint ESM / Pôle Dialyse, de quatre IDE Référentes dialyse, de plusieurs IDE, d'aides soignantes et d'ASH salariées, d'un Pharmacien, d'un responsable technique et de techniciens, d'une diététicienne, de deux psychologues et d'une secrétaire. Ces ressources permettent d'assurer la prise en charge des dialyses, le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels et l'identification et la prise en compte du risque suicidaire pour chaque patient pris en charge. Le nouveau personnel bénéficie d'une formation initiale de six semaines avec un tutorat et des supports de formation. Les personnels participent aux différentes formations institutionnelles de l'établissement dont la formation périodique obligatoire aux gestes d'urgence (AFGSU) pour les IDE. Certaines formations sont accessibles en e-learning.

Les locaux sont bien entretenus et ont tous été restructurés récemment ; ils offrent aux patients et aux professionnels des espaces confortables et adaptés avec un environnement sécurisé.

Les ressources matérielles disponibles répondent aux besoins des secteurs d'activité. La maintenance curative et préventive du traitement de l'eau et des générateurs est assurée ainsi que le renouvellement du matériel utilisant les techniques récentes. Des chariots d'urgence avec traçabilité de leurs contrôles sont disponibles dans les trois sites.

Les procédures sont actualisées et accessibles sur la base documentaire informatisée ; elles sont connues de l'ensemble des professionnels de l'établissement. Les documents nécessaires à la prise en charge du patient sont disponibles sur support informatisé accessible aux différents intervenants. Les tableaux de présence et d'astreinte sont établis pour les néphrologues et les différents professionnels. Des procédures définissent l'organisation en cas d'urgence pendant ou en dehors des heures d'ouverture du centre. Elles sont connues des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

En pratique dans l'établissement, le néphrologue référent du patient établit une évaluation médicale initiale dès l'admission dans le logiciel de dialyse. La prise en charge du patient par les soignants à son arrivée sur le site de dialyse est modulée en fonction de l'état du patient (lourd, léger), de son autonomie (brancard, fauteuil roulant, à pied) et du mode de prise en charge habituel selon le protocole d'accueil du patient. L'évaluation de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins est tracée par l'IDE sur la macro cible "dispositif d'annonce en dialyse". L'IDE assure le bon déroulement de la dialyse conformément à la prescription du néphrologue et enregistre les données, la douleur et le déroulement de la dialyse. En fonction de la modalité de dialyse, le patient est ensuite revu périodiquement par le néphrologue en consultation. Les consultations en cours ou en dehors des séances de dialyse permettent d'établir une synthèse et de réévaluer si besoin le projet personnalisé de soins tracé dans le dossier du patient. La permanence et la sécurité des soins sont assurées dans l'ensemble des unités. Chaque intervenant trace ses interventions et actions dans le dossier du patient. La prise en charge de l'urgence vitale dans les unités est opérationnelle (formation des professionnels aux gestes d'urgence, chariots d'urgence opérationnels dans les secteurs d'activités, protocoles, inventaire des chariots). La prise en charge des personnes appartenant à des populations spécifiques (personnes âgées, personnes handicapées, démunies) est assurée. Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif, connu des professionnels, réévalué en fonction du score de dénutrition et tracé dans le dossier papier et informatisé du patient. Tous les patients dépistés sont vus par la diététicienne. Le risque suicidaire est pris en compte. Deux psychologues participent à la prise en charge des patients. Leurs interventions sont tracées dans le dossier informatisé. La sortie ou le transfert du patient sont organisés en fonction du type de prise en charge et de l'état clinique du patient. Les professionnels d'aval sont associés à l'organisation de la sortie ou du transfert lorsque la situation le nécessite. Les observations réalisées lors des patients

traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement met en œuvre de nombreuses évaluations avec le soutien du service qualité et des IDE référentes des différents sites. Des audits qualitatifs et quantitatifs sont planifiés : recueil des IQSS spécifiques hémodialyse tous les deux ans, indicateurs spécifiques douleur et dossier du patient, recueil de l'indicateur Hôpital Numérique, nombreuses enquêtes détaillées de satisfaction des patients (permanents et vacanciers), coordination des soins entre les médecins et les infirmières, satisfaction du personnel et des correspondants, audits encadrant la séance de dialyse etc... Trois EPP sont en cours dans l'établissement : deux anciennes datant de 2012 sur la qualité de la dialyse et le dépistage de la dénutrition et une récente « Pertinence de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé » mise en place en Septembre 2016. Des analyses de patients traceurs sont réalisées dans chacun des trois sites tous les quatre mois depuis 2015. Les résultats de ces évaluations sont exploités pour déterminer les actions correctrices et curatives.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre. Ainsi sur les actions définies en décembre 2016 pour répondre aux quatre risques prioritaires identifiés par l'établissement, les 3/4 étaient déjà réalisées au moment de la visite de certification en juin 2017. Ces actions d'amélioration sont intégrées dans le programme institutionnel. Le programme d'amélioration est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. Le suivi des actions d'amélioration est présenté par les différents responsables lors des Revues de Direction, au cours des réunions des instances dont la CDU et dans les unités ; il est aussi diffusé dans la base documentaire accessible aux professionnels. La communication des résultats pour les usagers se fait par l'intermédiaire de la CDU, du site internet de l'ADIVA et d'affichage dans les unités.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

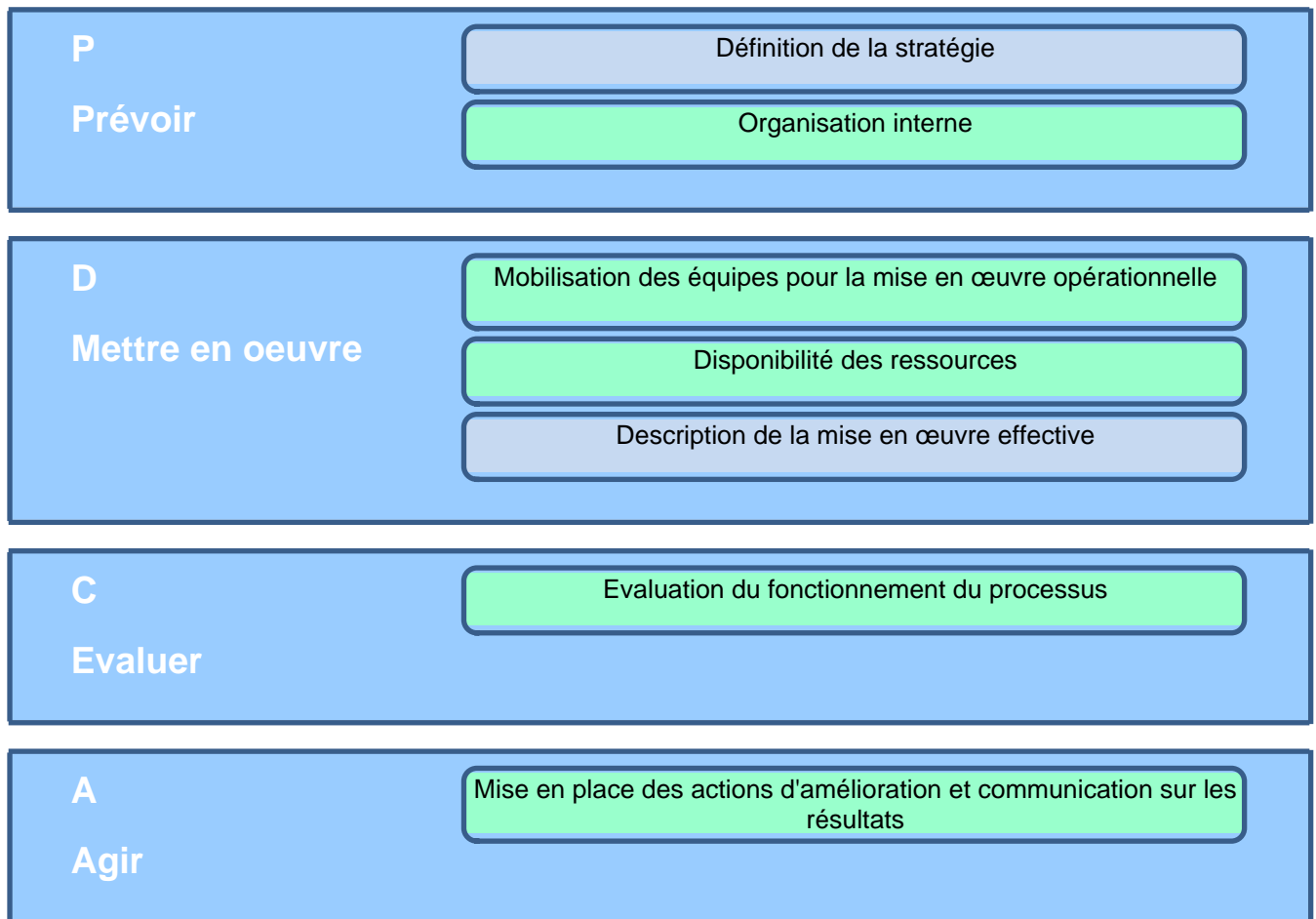
DOSSIER PATIENT

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

La stratégie concernant le dossier du patient (DPA) de l'Association de Dialyse Varoise (ADIVA) a été clairement définie dans plusieurs documents notamment dans le projet d'établissement 2015-2020 dans les chapitres « Politique du DPA 2015-2020 » et « Politique sécurité du système d'information » ainsi que dans le schéma directeur du système d'information. L'objectif de l'établissement est d'arriver au « zéro papier » dans les meilleurs délais par un projet initialisé en Février 2015. La stratégie tient compte des évaluations du DPA par les différents indicateurs (locaux, IQSS et HN). Elle est adaptée à l'existence de trois antennes situées à La Seyne, à Toulon (St Jean), à Gassin et à la prise en charge de la logistique d'un secteur de dialyse péritonéale à domicile. Les antennes dépendent de trois centres de repli (Hôpital Privé Toulon-Hyères Sainte Marguerite, Centre Hospitalier Sainte Musse, et Centre de dialyse SERENA). En outre, la structuration du dossier et le système d'information d'ADIVA sont en cours d'harmonisation avec ceux des Établissements Sainte Marguerite (ESM) dont l'ADIVA fait partie. Cette stratégie, qui répond au respect de la réglementation attachée au dossier (disponibilité, accès du patient, archivage) a été validée par les instances (Direction, CME). Il est prévu de la réévaluer annuellement. Une cartographie des risques spécifiques au dossier a été établie en fonction des étapes du processus et des éléments d'appréciation du manuel. Elle a permis de les hiérarchiser en fonction de leur criticité selon la méthodologie de la HAS. Pour le DPA, deux risques prioritaires (risque de dysfonctionnement du dossier patient dialyse informatisé et risque d'évaluation insuffisante du DPA) ont été inscrits dans le compte qualité (CQ) par les pilotes en accord avec les instances et les professionnels. Des actions associées ont été définies, avec identification de responsables spécifiques et échéancier de réalisation. Les modalités de traitement et de suivi sont définies.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions, l'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus « Dossier patient ». Le pilotage de cette thématique a été confié à la Directrice ESM Soins et Hygiène, au Médecin DIM ESM et à l'IDE Référente - Centre de La Seyne. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste. Les besoins en ressources humaines et documentaires sont adaptés à la mono-activité, à l'existence de deux supports (papier et informatique) et de plusieurs centres. Des formations adaptées sont prévues pour les professionnels et en particulier pour les nouveaux arrivants. Les règles de gestion et de tenue du dossier sont formalisées dans des procédures accessibles dans la gestion documentaire disponible sur le portail intranet (ou sur papier pour le guide d'utilisation du logiciel). Elles concernent le dossier papier et le dossier informatisé (mode d'emploi du logiciel pour les Médecins et les IDE). L'informatisation complète du dossier patient unique est en place dans les trois centres pour les consultations et les séances. Au cours des séances de dialyse les informations sont saisies par les IDE en temps utile sur une feuille de dialyse et sur le logiciel de dialyse. Le dossier patient papier comporte le classeur de dialyse et un classeur dossier médical dont la plupart des onglets sont inclus dans le dossier informatisé. L'équipement informatique est prévu selon le schéma directeur du SI avec un réseau sécurisé reliant les différents centres de l'ADIVA et les centres de repli. Il existe une Charte informatique pour le personnel. En cas de panne informatique un site informatique de secours est prévu avec une procédure dégradée et un PRA. L'archivage est organisé dans chaque antenne pour les dossiers papier remontant à l'année précédente puis ensuite à Marseille pour les dossiers plus anciens ; les règles d'archivage sont disponibles. L'accès du patient à son dossier est organisé et l'information sur les modalités d'accès au dossier figure dans le livret d'accueil patient. L'information du personnel est prévue au cours des réunions des instances ou des retours des IDE référentes à la suite des Revues de Direction tous les quadrimestres; elle est aussi assurée grâce au logiciel de gestion documentaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes s'assurent du respect des procédures, de la conformité et de l'harmonisation des pratiques ainsi que de la mise en œuvre des objectifs institutionnels afin que les informations soient accessibles, complètes et classées dans les dossiers informatisés (ou papier). Ils mobilisent également les soignants afin d'achever l'informatisation complète du dossier. Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements et des échanges collectifs sont prévus pour discuter des résultats des audits et sensibiliser les personnels.

Le recueil des événements indésirables du DPA est assuré sur le logiciel dédié ; ceux liés à l'informatique sont transmis directement par une hotline au prestataire informatique qui les traite directement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité. Le personnel soignant stable (IDE salariées) est formé à la gestion du dossier patient et a bénéficié de formations adaptées pour l'informatisation du dossier et l'identification du patient. Les documents, protocoles ou fiches techniques remis à jour systématiquement chaque année sont accessibles au personnel dans l'espace professionnel sur le portail internet à partir de tous les ordinateurs. L'équipement informatique est déployé en réseau sécurisé entre les différents sites. Des ordinateurs fixes ou portables sont utilisés dans les postes de soins, les bureaux des médecins et le secrétariat de toutes les antennes. Le logiciel utilisé pour le dossier médical, soignant et administratif est adapté à la spécificité de la prise en charge (pour le suivi des séances de dialyse, les prescriptions, le médicament, la biologie et les consultations sur les différents sites). Le site informatique de secours est opérationnel et les sauvegardes informatiques sont réalisées selon la procédure prévue. Le livret d'accueil du patient très détaillé (40 pages) mentionne de très nombreuses informations utiles. Il est remis à tout nouveau dialysé en même temps que le Livret d'Information Patient (LIP) qui vient d'être mis en place. Il comporte des documents complémentaires (consentement éclairé, autorisations, personne de confiance etc.) avec surtout des questionnaires et des engagements à compléter. Ce LIP est une sorte de contrat qui doit être rempli et signé par le patient et le néphrologue puis rapporté à la première séance de dialyse afin d'être intégré au dossier. Les équipements pour le stockage des dossiers sont adaptés, sécurisés et permettent le respect de la confidentialité. L'archivage des dossiers est assuré jusqu'à l'année précédente sur place dans chaque centre dans un local adapté puis ensuite dans un centre dédié à l'archivage délocalisé à Marseille et géré par un archiviste du GIE ESM. Les dossiers sont accessibles grâce au système de classement utilisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation prévue pour le dossier patient est connue et respectée. Elle permet même une capacité de réaction en cas d'imprévu et le recours à l'équipe.

En pratique, le dossier patient unique associe un dossier médical et un dossier soignant. Les informations sont saisies sur un support informatique ou parfois aussi sur support papier pour des raisons particulières (intégration de résultats, d'autorisations signées ou de questionnaires). Certaines informations sont aussi disponibles sur deux supports dont le classeur de dialyse pour des raisons pratiques (fiche de dialyse imprimée depuis le logiciel avec étiquettes, macro cibles, dernier compte rendu écho Doppler, bilan biologique récent, identification). Un logiciel métier unique est utilisé. Certains comptes rendus de consultations et certains comptes rendus venant de l'extérieur (radiologie, doppler, CRO) sont inclus dans le dossier papier ou scannés pour être intégrés dans le dossier informatique. La traçabilité des informations concernant les étapes de la prise en charge médicale et soignante est effective, réalisée en temps utile dans le dossier. Le suivi diététique et psychologique est assuré et tracé dans le dossier informatisé. La traçabilité de la douleur est assurée ainsi que celle de la personne de confiance. Pour les fiches de dialyse les deux supports sont utilisés à chaque séance : prescription médicale informatisée, tirage sur papier de la fiche le jour de la dialyse et traçabilité informatique et sur papier du déroulement de la séance (suivi de certaines constantes) et saisie éventuelle en fin de séance par l'IDE dans le logiciel des informations complémentaires tracées sur papier. Une connexion des générateurs de dialyse avec le DPA informatisé permet l'intégration en temps réel des paramètres du générateur en cours de séance. Les demandes d'examens biologiques, Doppler et radiologiques sont transmises sur support papier. Les résultats des bilans biologiques périodiques sont intégrés dans le DPA informatisé. Une impression papier (après validation) est également envoyée "au centre de dialyse, elle est remise aux patients pour information. Toutes les prescriptions médicamenteuses des dialysés sont informatisées en distinguant les prescriptions en cours de dialyse et les prescriptions hors séance. Les médecins disposent en dehors de l'établissement d'un accès informatique sécurisé au dossier patient qui leur permet une prescription informatisée à distance. La communication des informations entre les professionnels de l'établissement est instantanée par réseau informatique. Pour les correspondants externes en cas d'avis spécialisé, de transfert ou de mutation un courrier récapitulatif du néphrologue accompagne le patient. Pour les patients qui ont gardé leur médecin traitant les courriers des néphrologues sont transmis à la suite de chaque consultation périodique. Lors de l'archivage du dossier après la sortie, les comptes rendus et courriers papiers sont conservés. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus. L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais réglementaires. La traçabilité des autres démarches : audits, réunions, évaluations quantitatives et qualitatives est assurée sur support informatique le plus souvent.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus dossier du patient par le suivi des indicateurs réglementaires (IQSS, HN, nombre de FEI, nombre de plaintes et de réclamations...)

et par des audits internes biannuels d'évaluation du dossier patient à l'aide d'une nouvelle grille d'audit. Le suivi des résultats des indicateurs et des audits est assuré par les instances au cours de la Revue de Direction tous les quatre mois. Les résultats des évaluations et des audits sont communiqués aux professionnels et aux usagers au cours de réunions des instances ainsi que par les IDE référentes à leurs équipes ; ils sont aussi disponibles par affichage et sur le portail internet.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le programme institutionnel et sont suivies en revue de Direction et par les instances. Parmi les actions identifiées pour répondre aux risques prioritaires retenus en Décembre 2016 dans le compte qualité, la moitié a été finalisée au moment de la visite en Juin 2017. Le programme d'amélioration est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. Le suivi des actions d'amélioration est présenté par les différents responsables lors des revues de Direction, au cours des réunions des instances dont la CDU et dans les unités ; il est aussi diffusé dans l'espace professionnel sur le portail internet.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

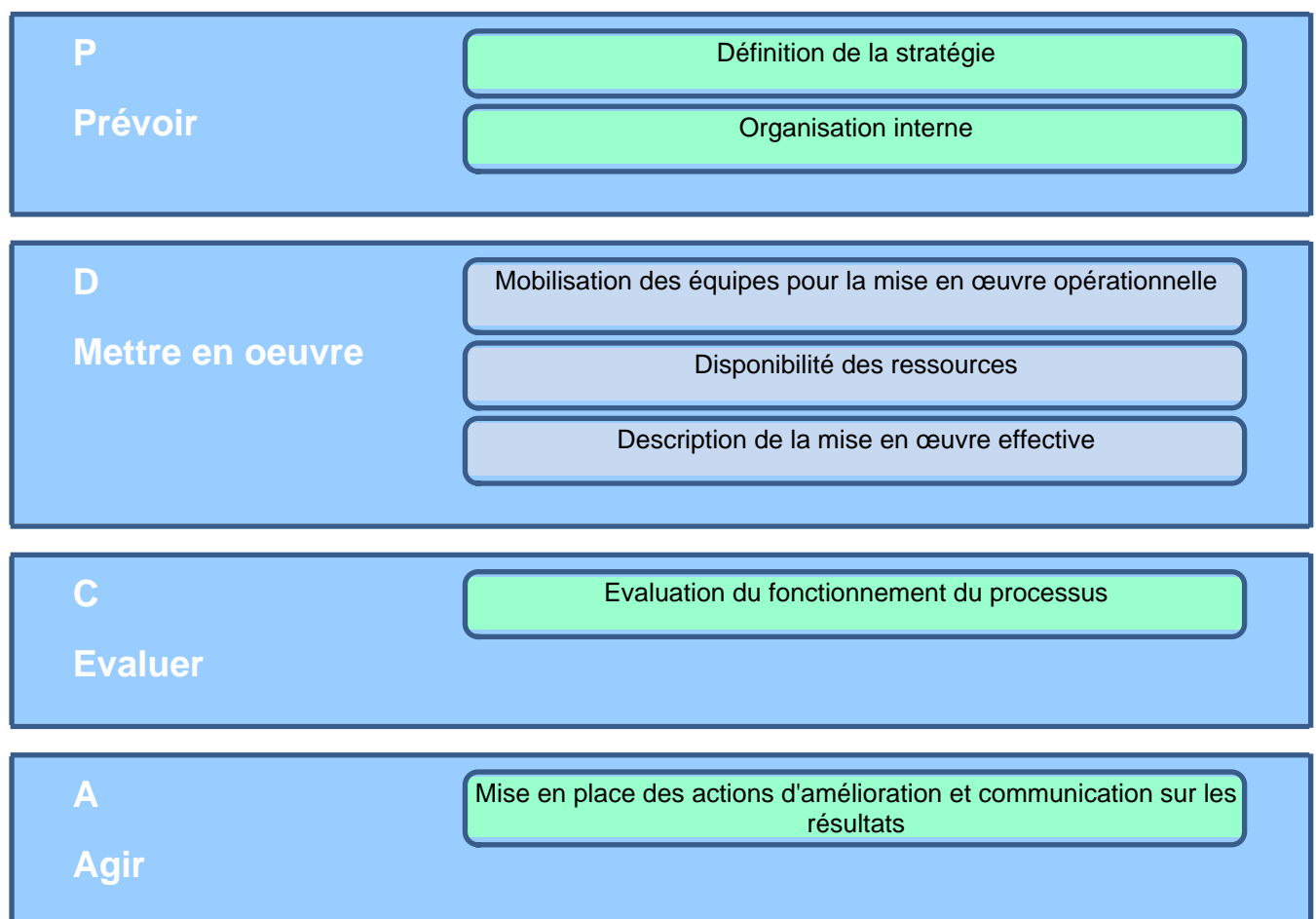
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'ADIVA est un établissement qui prend en charge des patients insuffisants rénaux chroniques. Il propose sur ses trois structures à la Seyne sur Mer, à Toulon et à Gassin les modalités de dialyse suivantes : Centre, UDM, Auto dialyse simple et assistée. La PUI située à la Seyne sur Mer assure l'approvisionnement de l'ensemble des unités en médicaments et dispositifs médicaux. L'établissement assure également la logistique pour des patients pris en charge, à domicile, en dialyse péritonéale, par le Centre Hospitalier Sainte Musse de Toulon.

Sur la base d'une identification des besoins spécifiques à l'ADIVA, au regard de ses missions et des orientations régionales et nationales SROS PDS, l'établissement a défini dans son projet d'établissement 2015-2020 :

- une "Politique de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse" ;
- une "Politique de la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé".

Il a également utilisé comme sources de données l'identification et l'analyse de ses risques (CQ, cartographie des risques etc.) le CBU, les résultats des IQSSDIA et les exigences du manuel de certification de la HAS. La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels concernés selon une méthodologie définie et appliquée pour l'ensemble des processus. L'établissement a établi une cartographie des risques "Pharmacie à usage intérieur". Le compte qualité a été complété suite à des réunions d'auto diagnostic. Deux risques prioritaires ont été identifiés. Ils ont fait l'objet de plan d'actions. Leur identification a permis la réactualisation des cartographies. Un programme d'action institutionnel formalisé et priorisé est en place. Il regroupe l'ensemble des plans d'actions par processus: ceux issus du CQ ou des instances notamment ceux relatifs à la PEC médicamenteuse. Il comporte des objectifs, actions, responsables, échéances et modalités de suivi. Le programme a été validé par les instances : CME, COFIL, COVIGERIS, COMEDIMS etc.

ORGANISATION INTERNE

L'ADIVA bénéficie de l'appui managérial et méthodologique de directeurs des ESM Établissements Sainte Marguerite qui regroupe 11 établissements dont l'ADIVA notamment en ce qui concerne la thématique PEC médicamenteuse du patient. A l'ADIVA, le pilotage institutionnel est assuré par la CME et la Direction. Le Directeur ESM Risque et Vigilances pharmacien de formation et le pharmacien de la structure assurent le pilotage opérationnel du processus. Deux instances sont en appui, le COVIGERIS Comité des Vigilances et de Gestion des Risques et la COMEDIMS qui sont mutualisés pour l'ensemble des Établissements Sainte Marguerite avec un objectif de retour d'expérience et de benchmarking. Lors de chaque réunion une partie générale concerne notamment le retour d'analyse des EI pour l'ensemble des ES, des points règlementaires relatifs à la PEC médicamenteuse etc. Les points spécifiques à chaque établissement sont abordés ensuite. Par le biais de ces deux instances, le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses avec les professionnels concernés sont organisées. La Revue de Direction permet aux pilotes de présenter leur bilan, tous les quadrimestres, au regard de l'atteinte des objectifs de leurs plans d'action suite aux évaluations, audits, EI etc. liés à la PEC médicamenteuse. Des plans d'actions sont actés et intégrés dans le PAQ. La procédure prévoit la réalisation d'un compte-rendu avec diffusion à l'ensemble des professionnels par le biais du portail internet. Des fiches de poste "Pilote de Processus" définissent les responsabilités des pilotes.

Afin de répondre aux objectifs et aux besoins concernant les ressources humaines l'ADIVA prévoit un plan de formation annuel avec des formations spécifiques sur la PEC médicamenteuse. Un dispositif d'intégration des nouveaux salariés avec une évaluation de leur intégration est également prévu. L'établissement a également mis en place une plateforme e-learning qui propose des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse par le biais de la session " Circuit du médicament".

L'organisation de la permanence pharmaceutique (dotation pour besoins urgents, convention, astreinte, etc.) est définie. Un dispositif structuré de gestion documentaire intègre les procédures définies et formalisées relatives à la PEC médicamenteuse notamment: "Manuel de management de la qualité de la pharmacie", "Prescription, délivrance, administration et suivi de l'érythropoïétine (EPO) etc. Les règles et supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. L'établissement a prévu un dispositif permettant d'informer les patients sur le bon usage des médicaments avec une distribution périodique formalisée et tracée de brochures note explicative ex : "Fiche d'information des patients et de leur famille sur le bon usage des médicaments". L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète, définie en lien avec le SI. Un logiciel DPA permet de sécuriser la prescription et l'administration des médicaments et des dispositifs médicaux. Un logiciel de gestion des stocks est également en place sans interface avec le DPA. Le système d'information est structuré de façon à répondre aux besoins de l'établissement en ce qui concerne le fonctionnement des logiciels DPA et de stock. Une gestion prévisionnelle de la maintenance des générateurs et du traitement d'eau incluant les

prélèvements d'eau permet de répondre aux exigences réglementaires. L'établissement a organisé les interfaces avec les secteurs cliniques par le biais du SI (portail internet, DPA informatisé etc.), des IDE référentes de chaque unité, de la pharmacienne qui se rend au moins une fois par mois sur les unités de Gassin et de St Jean à Toulon. Les demandes d'intervention pour le service technique sont prévues par le biais du Portail internet de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées pour la mise en œuvre opérationnelle. Des plans d'actions propres aux secteurs en déclinaison du programme d'actions institutionnel sont suivis par les IDE référentes de chaque unité en lien avec la pharmacienne. Les IDE référents s'assurent de la conformité des pratiques par le biais d'évaluations périodique : audits sur le circuit du médicament "Stockage", "Prescription dispensation administration de l'EPO" etc. Avant les Revues de Direction, chaque responsable prépare avec ses équipes le bilan de ces évaluations qu'il présentera lors de cette réunion. En retour les décisions et plans d'actions sont présentés aux professionnels. Ceci permet de les sensibiliser et de les impliquer régulièrement sur les objectifs du service concernant la PEC médicamenteuse. Des audits de "Patient traceur" ont également été réalisés depuis 2015. Une EPP "Pertinence de la prescription médicamenteuse" pilotée par la pharmacienne et un médecin néphrologue est en cours. Le dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permet le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses. Les professionnels déclarent les EI par le biais d'une fiche informatisée sur le portail internet de l'établissement. Suite à l'analyse, des CREX sont organisés avec les professionnels concernés comme en 2016 : "Optimiser l'utilisation de la Coumadine sur site", "Transport et conservation de l'EPO" ... Un bilan des EI et des CREX est présenté en COVIGERIS et en Revue de Direction. Les résultats des audits, évaluations, analyse des EI sont communiqués aux professionnels qui sont associés à l'identification d'actions correctives notamment celles définies lors de la revue de direction.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en effectif suffisant sont mises à disposition au regard de la réglementation pour l'activité de dialyse. Les personnels sont formés sur la PEC médicamenteuse. Une formation spécifique est en place pour les nouveaux arrivants avec en support un programme et un dispositif d'évaluation formalisés ainsi qu'un livret d'accueil qui comporte un paragraphe spécifique sur les erreurs médicamenteuses. La plateforme e-learning propose également une session "Circuit du médicament". Les professionnels ont l'obligation de suivre les sessions par e-learning au moins une fois par an. Un suivi est réalisé par les IDE référents et les responsables de service en lien avec le service qualité.

La gestion documentaire est diffusée sur le portail internet dans un espace sécurisé accessible par tous les professionnels disposant de codes d'accès personnalisés.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète, définie en lien avec le SI. Les règles et supports de prescription validés pour l'ensemble des prescripteurs sont appliqués. Le livret thérapeutique est intégré dans le DPA informatisé qui dispose d'une base de références des médicaments. Le dispositif permet d'alerter le médecin lors de sa prescription en cas d'allergie, d'intolérance médicamenteuse ou d'interaction. Un logiciel DPA permet de sécuriser la prescription et l'administration des médicaments et des dispositifs médicaux. Un logiciel de gestion des stocks est également en place sans interface avec le DPA. Le système d'information est structuré de façon à répondre aux besoins de l'établissement en ce qui concerne le fonctionnement des logiciels DPA et de stock. Le matériel informatique installé est suffisant au regard des besoins: ordinateurs fixes, portables avec WIFI etc. Le service technique des Établissements Sainte Marguerite sous la responsabilité du pharmacien et du responsable technique réalise la maintenance des équipements de dialyse et les prélèvements d'eau conformément à la planification. En cas de résultat non conforme une procédure précise les actions à mettre en œuvre sous la responsabilité de la pharmacienne en lien avec l'EOH et le CLIN.

Le matériel nécessaire adéquat et fonctionnel est mis à disposition afin de respecter les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.), particulièrement des médicaments à risques. Les locaux de stockage des DMS et des médicaments sont conformes et adaptés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

En pratique, la permanence pharmaceutique est organisée. Des dotations sont en place dans les unités et un stock tampon de médicament et de dispositifs médicaux à la PUI. L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est réalisée par la pharmacienne par le biais du DPA informatisé. Les alertes sont envoyées aux médecins néphrologues grâce à la messagerie du DPA informatisé. Les règles d'administration dont la traçabilité des médicaments sont respectées. Les IDE tracent sur la feuille de séance papier et reportent sur le DPA informatisé. Les patients sont informés sur

le bon usage des médicaments par le biais de brochures "Actions Éducatives Ciblées": "Les antalgiques - Les différentes douleur" "Le bon usage des antibiotiques" "les AVK" etc. Des actions sont également mises en œuvre dans le cadre de la semaine Sécurité des patients sur le thème des événements indésirables associés aux soins en 2016, et sur la conciliation médicamenteuse en 2015.

Le suivi et la coordination de la prise en charge est assurée. Les circuits sont respectés. Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs cliniques par le biais du SI (portail internet, DPA informatisé etc.), des IDE référentes de chaque unité, de la pharmacienne qui se rend au moins une fois par mois sur les unités de Gassin et de St Jean à Toulon. Les demandes d'intervention pour le service technique sont prévues par le biais du Portail internet de l'établissement. L'ensemble des actes relatifs à la mise en œuvre du processus sont tracés notamment sur le DPA informatisé. Les observations issues des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre du processus. Des réunions de COMEDIMS périodiques sont organisées et formalisées par des comptes rendus.

Le travail en équipe est ainsi encouragé. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ADIVA a mis en place une organisation formalisée par une procédure "Audits". Un calendrier établi par l'attachée de direction en charge de la qualité permet le suivi de la mise en œuvre de ses audits selon une périodicité définie. Les audits réalisés permettent soit une évaluation des pratiques (audits sur le circuit du médicament "Stockage" "Prescription dispensation administration de l'EPO" etc.) soit une évaluation des connaissances des professionnels sous forme de quiz (e-learning session "Circuit du médicament"), soit une évaluation de la satisfaction des utilisateurs ("Évaluation satisfaction patient à domicile", "Mesure de la satisfaction et écoute des services de soins" concernant la PUI etc.). Des audits de "patient traceur" ont également été réalisés depuis 2015. Au cours de la Revue de Direction, l'ADIVA réalise le suivi des indicateurs issus des évaluations internes ainsi que celui des indicateurs CBUM, QSS nationaux obligatoires. Des bilans d'activité sont réalisés par les instances et suite à la Revue de Direction.

A / AGIR

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

Des actions sont mises en œuvre en lien avec les résultats d'évaluation. Elles sont intégrées dans le programme d'actions institutionnel. Le suivi des plans d'action de tous les secteurs d'activité est assuré au cours des revues de direction en lien avec celui des autres instances. Les résultats d'évaluation et actions d'amélioration sont communiqués aux professionnels par les IDE référentes, la pharmacienne et par le biais des comptes rendus accessibles sur le portail internet, du webinfos ESM etc. La communication des résultats pour les usagers se fait par l'intermédiaire de la CDU, du site internet de l'ADIVA et d'affichage dans les unités.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV