



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
ASSOCIATION POUR LE
DÉVELOPPEMENT DE
HÉMODIALYSE (ADH)

92 avenue du bord des eaux

Bp 30147

62253 HENIN BEAUMONT

JUIN 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	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
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

ADH - HENIN-BEAUMONT	
Adresse	92 avenue du bord des eaux 62253 HENIN BEAUMONT
Département / région	PAS-DE-CALAIS / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE
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	620112581	ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DE L'HÉMODIALYSE - SITE ECOPAC	Avenue du Bord des Eaux 62110 Henin Beaumont
Etablissement de santé	620025494	CENTRE D'AUTODIALYSE & UNITÉ DE DIALYSE MED ADH	913 rue delbecque 62660 BEUVRY
Etablissement de santé	590008306	ADH SOMAIN	6 bis rue j. boulier Centre hospitalier 59490 Somain
Etablissement de santé	590035390	ADH LAMBERSART	48 rue de la carnoy 59130 Lambersart
Etablissement de santé	590056990	CENTRE ADH D'AUTODIALYSE A DENAIN	18 avenue charles de gaulle 59220 DENAIN
Etablissement de santé	590810099	ADH CAMBRAI	Place marcellin berthelot 59400 Cambrai
Etablissement de santé	620020636	ADH ST-POL SUR TERNOISE	2 zone d'activités canteraine 62130 Saint-Pol-Sur-Ternoise
Etablissement de santé	590815007	ADH LA SENTINELLE	8 bis place nicod 59174 La Sentinelle

Etablissement de santé	620115170	ADH ARRAS	1 bis, rue des 4 crics 62223 Saint-Nicolas Lez Arras
Etablissement de santé	590806428	ADH DOUAI	85 boulevard pasteur 59500 Douai
Etablissement de santé	590041471	ADH BRUAY-SUR-ESCAUT	Rue du docteur schultz 59860 Bruay-Sur-L'Escaut
Etablissement de santé	620117309	ADH - HENIN-BEAUMONT	92 avenue du bord des eaux Bp 30147 62253 HENIN BEAUMONT
Etablissement de santé	620117325	ADH CENTRE D'AUTODIALYSE DE DIVION	Rue docteur charles legay 62460 DIVION
Etablissement de santé	620115410	ADH LOISON	Rue des colibris 62218 LOISON SOUS LENS
Etablissement de santé	620120063	ADH AIRE SUR LA LYS	Quai des bâteliers Hôpital d'aire 62120 Aire-Sur-La-Lys
Etablissement de santé	590046579	CENTRE D'AUTODIALYSE MARLY	Rue antoine lavoisier 59770 MARLY
Etablissement de santé	620117812	ADH LIÉVIN	1 rue carnot 62800 Lievin

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de séances de dialyse
MCO	Médecine	161	65817

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Convention avec le CH de Béthune Convention avec l'Hôpital d'Aire/Lys
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	Autodialyse Bruay la Buissiere : 12/01/14
Création d'activités nouvelles ou reconversions	UDM Divion Depuis 07/10/2015 UDM/AD Denain Depuis 19/10/2015

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

L'établissement n'est pas assujetti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de santé.

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	Adulte âgé	"UDM ou AD BEUVRY"	A définir	Programmé		MCO
2	adulte	" AD DIVION"	A définir	Programmé		MCO
3	Adulte âgé	"AD DOUAI"	A définir	Programmé		MCO
4	Adulte	"AD St Nicolas d'Arras"	A définir	Programmé		MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

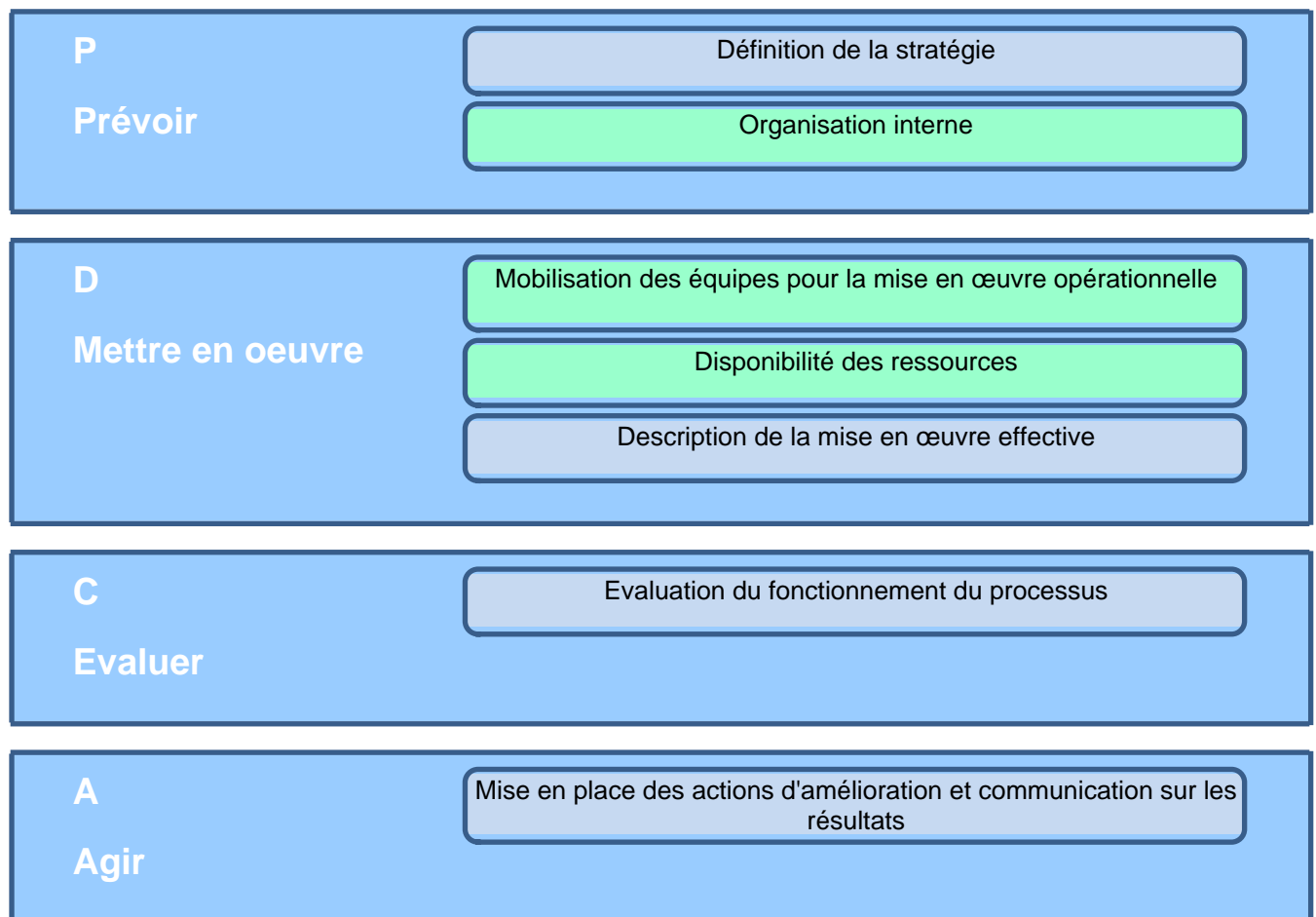
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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'ADH (Association pour le développement de l'Hémodialyse) est un établissement de santé (ESPIC) présent sur les départements du Nord et du Pas de Calais, dont le cœur de métier est le traitement de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse, hors Centres Lourds. Elle a développé un maillage des deux départements par l'installation de 16 centres d'Autodialyse Médicalisée (ADM), de 3 Unités de Dialyse Médicalisée (UDM) auxquels se rajoute la prise en charge logistique de patients à domicile. Le suivi médical des patients est assuré par les néphrologues des 10 établissements de santé publics et privés associés à l'activité de l'ADH par convention.

La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques et de la sécurité des soins de l'ADH est intégrée dans ses orientations stratégiques ainsi que dans son Projet d'Établissement.

Cette politique a été élaborée à partir d'une identification, des besoins propres à l'établissement, de son contexte et des risques liés à son cœur de métier. Elle inclut la stratégie des EPP, les obligations légales réglementaires et la gestion de crise. Les attentes des usagers y sont prises en compte.

Les différentes composantes qui concourent au Management de la Qualité et de la Gestion des Risques (MQGR) sont coordonnées au moyen d'un Comité de Pilotage de la Gestion des Risques et de la Qualité (COPIL).

Une démarche d'évaluation des risques a priori adaptée est en place. Elle inclut une méthodologie de hiérarchisation des risques ainsi que leur modalité de traitement.

Une stratégie visant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans le MQGR est en place, y compris pour ce qui concerne les EPP qui sont suivies par la CME. Lors de l'élaboration de la cartographie des risques, les équipes de l'établissement se sont mobilisées et ont apporté leurs contributions à l'élaboration du Compte-Qualité (CQ) qui est une émanation du Plan d'Amélioration Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS).

La représentation des usagers concourt à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la Commission Des Usagers (CDU), nouvelle dénomination de la Commission de Relation avec les Usagers (CRU).

Le PAQSS-CQ est unique, formalisé et structuré conformément aux analyses, indicateurs et objectifs propres à l'établissement. Ce programme est validé par les instances et connu par les professionnels. Son élaboration inclut les actions classées prioritaires en fonction des contrôles internes et externes. Il est présenté annuellement aux instances.

La cartographie des risques a été remise à jour. Les risques identifiés sont évalués par l'outil proposé par la HAS qui génère le positionnement des actions prioritaires. Le catalogue des risques intègre l'ensemble des domaines attendus : instances, FEI et FEIG, plaintes et réclamations, risques professionnels, indicateurs IPAQSS, plan blanc, contrôles techniques et réglementaires, alertes ARS, recommandations issues des audits internes et externes.

Les plans d'action sont suivis au moyen de tableaux de bord comportant les indicateurs arrêtés et validés par le COPIL qui regroupe les pilotes et les responsables d'instances aux côtés de la direction.

ORGANISATION INTERNE

L'ADH a organisé le processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de façon opérationnelle et structurée. Les missions et responsabilités pour organiser et développer les EPP sont définies.

La fonction de Coordination de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS) est assurée en conformité avec le décret du 12 novembre 2010. Cette fonction est confiée à un néphrologue d'un établissement associé à l'ADH, formé à la gestion des risques. Elle a été formalisée et validée par la direction et la CME. Elle est définie par une fiche de poste.

Une responsable qualité disposant d'une formation adéquate est présente. Son rôle de coordination et ses missions sont définis dans une fiche de poste. Elle anime le processus qualité sur l'ensemble des sites de l'ADH. Elle est, en particulier, chargée de la gestion du logiciel spécialisé qui est le pivot du système documentaire de tous les sites d'activité de l'établissement.

Les responsables des instances sont désignés et leurs missions décrites. Il en est de même pour les

pilotes de thématiques ou des professionnels chargés de conduire un plan d'action spécifique.

Les ressources nécessaires en effectif et compétences sont donc identifiées en adéquation avec le processus.

Les besoins en formation initiale pour les professionnels concernés par les processus de hiérarchisation et d'analyse des risques a priori sont identifiés et inscrits dans la programmation annuelle du Plan de Formation.

Il en est de même pour l'ensemble de la documentation qui fait l'objet d'une informatisation intégrée dans le système d'information par un logiciel spécialisé. Ce dispositif de gestion documentaire est opérationnel et connu des professionnels. Il comprend, entre autre, l'ensemble des procédures et protocoles, le processus des FEI, les résultats des évaluations et les vecteurs de communication et d'information.

La coordination des dispositifs de vigilance, de la veille sanitaire et de la gestion globale du MQGR est assurée par le COPIL qui se réunit tous les mois.

Les plans d'urgence sont établis. Le Plan Blanc est évalué annuellement.

Le traitement des évènements indésirables répond aux exigences attendues. Il est structuré autour d'une analyse des causes, y compris profondes, grâce à une méthodologie adaptée et participative prévoyant la réalisation de RMM et de CREX en fonction du niveau de gravité de l'évènement.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. Elle se réalise dans les réunions des instances et, sur le terrain, par des réunions institutionnelles ainsi que par la publication d'un journal qualité et des résultats des enquêtes et audits. Les correspondants du Management QGR, identifiés dans chaque lieu de l'activité de l'ADH, sont régulièrement réunis.

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels est articulée avec le traitement de signalement des Evènements Indésirables (EI) en association avec les représentants des usagers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'ADH a structuré sa démarche de Management QGR en identifiant ses objectifs et plans d'actions et en les mettant en œuvre dans le cadre de son organisation territoriale. Chaque site d'activité prend sa part dans le programme en place et s'organise en objectifs et plans d'action opérationnels ainsi que les visites de terrain ont permis de le constater. Des pilotes du Management QGR sont désignés en responsabilité dans chaque lieu d'activité et les professionnels sont identifiés pour la conduite de chaque action qui est affectée d'un calendrier de réalisation. Des actions d'évaluation et d'amélioration sont menées en transversalité dans chaque secteur grâce à la déclinaison du programme des EPP, du CLIN et de la Commission chargée du médicament.

L'analyse des FEI est conduite régulièrement en concertation avec les professionnels du secteur concerné. Leurs causes profondes sont traitées dans le cadre d'une Commission de Retour d'Expérience (CREX) en fonction de la gravité de l'évènement. Des RMM sont pratiquées en concertation avec la CME.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et matérielles nécessaires au processus sont en place : les professionnels sont désignés et des formations sont réalisées dans le domaine de la gestion des risques et de la qualité. A titre d'exemple de ces actions de formation : journée à l'Institut de Formation à la Qualité (IFAQ), processus du patient traceur. La formation des nouveaux arrivants comporte un volet sur le management de la qualité et de la gestion des risques avec un support pédagogique.

Les compétences et leur maintien sont organisés et mis en oeuvre (formation interne sur la gestion des risques lors du séminaire IDE 2013, formation via le Réseau Santé qualité sur le patient traceur, séminaire IDE et ASH annuel (qualité et gestion des risques en 2015 et 2016).

Le dispositif de gestion documentaire est disponible sur l'ensemble des postes informatiques des différents sites de l'établissement. Il est actualisé et accessible en temps réel en fonction des habilitations. Il regroupe l'ensemble des procédures et protocoles.

Les procédures et protocoles qualité sont suivis et réactualisés en fonction des échéances précisées dans le dispositif de gestion documentaire.

Les locaux et équipements requis sont affectés : des ordinateurs fixes ou portables sont présents et protégés dans tous les sites visités ; la maintenance est assurée par des personnels de l'établissement ou

par des prestataires. Les postes de dialyse sont, pour la plupart, de dernière génération ; les plus anciens sont en cours de renouvellement. Les locaux sont entretenus et adaptés à l'activité et sont, soit très récents, soit rénovés. Les interventions urgentes sont réalisées dans le cadre d'un système d'astreintes, en particulier pour garantir la sécurité et la continuité de l'approvisionnement en eau traitée, dont le traitement est assuré par les techniciens d'un prestataire extérieur présents sur site.

L'ADH est, en outre, en phase de développement d'un équipement de télémédecine pour permettre des interventions en temps réel entre les néphrologues et les infirmiers dans les centres. Elle permet, en cas de besoin, le réajustement en temps réel des paramètres des machines sous contrôle médical par les infirmiers ainsi que la réalisation à distance d'examen tels que des électrocardiogrammes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le PAQSS de L'ADH fait l'objet d'une déclinaison structurée au moyen de plans d'actions intégrés et opérationnels.

L'établissement met en œuvre des démarches appropriées en fonction des sources : recommandations issues des contrôles réglementaires ; situations de crise et plans d'urgence. La cellule de crise est en place. Le processus de recueil et de traitement des plaintes et réclamations est présent.

Les vigilances et la veille sanitaire sont organisées ainsi que le suivi des FEI.

Les plaintes et réclamations impliquant les professionnels et les représentants des usagers sont analysées et, au besoin, contribuent à l'élaboration du PAQSS.

La CME et son Bureau réalisent le déploiement, le suivi et l'impact des démarches d'EPP au moyen de bilans réguliers : point d'avancement, analyses de RMM et de CREX. Ces démarches se font en lien avec le médecin chargé des risques associés aux soins.

Les équipes des différents secteurs connaissent la politique MQGR et sont informées de son actualité par les comptes rendus du COPIL, par le système de documentation ainsi que par le journal qualité. De plus, la responsable qualité, le gestionnaire des risques et les cadres référents se déplacent régulièrement dans les différents secteurs pour faire le point en direct avec les équipes.

Le PAQSS-CQ est soumis aux instances qui ont connaissance également des tableaux de bords de suivi des indicateurs QGR. Il en est de même du plan blanc.

Les représentants des usagers ont été associés à l'élaboration et à la mise en œuvre du PAQSS et CQ dans le cadre de la CDU et lors de la préparation de la visite de certification dans les instances auxquelles ils participent (CLIN et CLUD) ainsi que cela a été confirmé lors de leur rencontre du premier jour avec l'équipe des experts-visiteurs.

La traçabilité des actions est réalisée par les comptes rendus systématiques qui sont disponibles sur le logiciel de documentation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ADH procède à l'évaluation du système de Management QGR en fonction des indicateurs de ressources et de qualité définis et adaptés à ses activités.

C'est ainsi que l'association produit des tableaux de bord issus de son PAQSS et des indicateurs dont il s'est doté : par exemple pour les rapports réglementaires, les bilans de la gestion des crises ; pour le bilan des FEI, pour l'évaluation de la satisfaction des usagers, en lien avec la CDU ; pour le suivi des EPP, des CREX, des résultats des IPAQSS.

L'établissement a programmé un planning annuel de recueil de ses indicateurs. Parmi les très nombreux items retenus et collectés en 2016, 15 concernaient le MQGR.

Chaque instance suit les indicateurs réglementaires ou définis dans son champ de compétence. Un bilan du déroulement du PAQSS est réalisé annuellement.

L'évaluation de la satisfaction des usagers est conduite chaque année en lien avec la CDU. Elle s'appuie sur l'analyse des questionnaires de sortie, des plaintes et réclamations et des demandes de dossier le cas échéant. En outre, l'établissement a lancé en mars 2016 un questionnaire sur la bientraitance à l'attention des personnels.

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

Le COPIL et les instances procèdent au réajustement annuel du PAQSS en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, y compris pour la stratégie de développement des EPP. Pour ce faire, il s'appuie sur l'ensemble des tableaux de bord, indicateurs, audits et bilans mis en place et suivis régulièrement lors des réunions.

Le suivi régulier des indicateurs et tableaux de bord entraîne des actions complémentaires ou récursives selon le cas. Par exemple, le suivi des bonnes pratiques d'administration du fer en cours de dialyse en lien avec les nouvelles préconisations visant à garantir la sécurité de cet acte. Les actions d'amélioration concernent l'ensemble des secteurs et thèmes d'activité : hygiène, médicaments, respect des droits, dossier médical, suivi des patients...

Des éléments comparatifs permettent à L'ADH de se situer par rapport aux autres structures locales et nationales ainsi que par le biais des éléments d'analyse de l'activité des établissements du secteur sanitaire. Les professionnels participent régulièrement à des congrès.

L'ensemble des démarches d'évaluation et les actions d'améliorations qui en découlent sont communiquées aux professionnels par le journal qualité et au cours de réunions ainsi qu'aux représentants des usagers.

Le principal vecteur d'information est le logiciel de documentation qui est régulièrement consulté par les personnels de l'ADH.

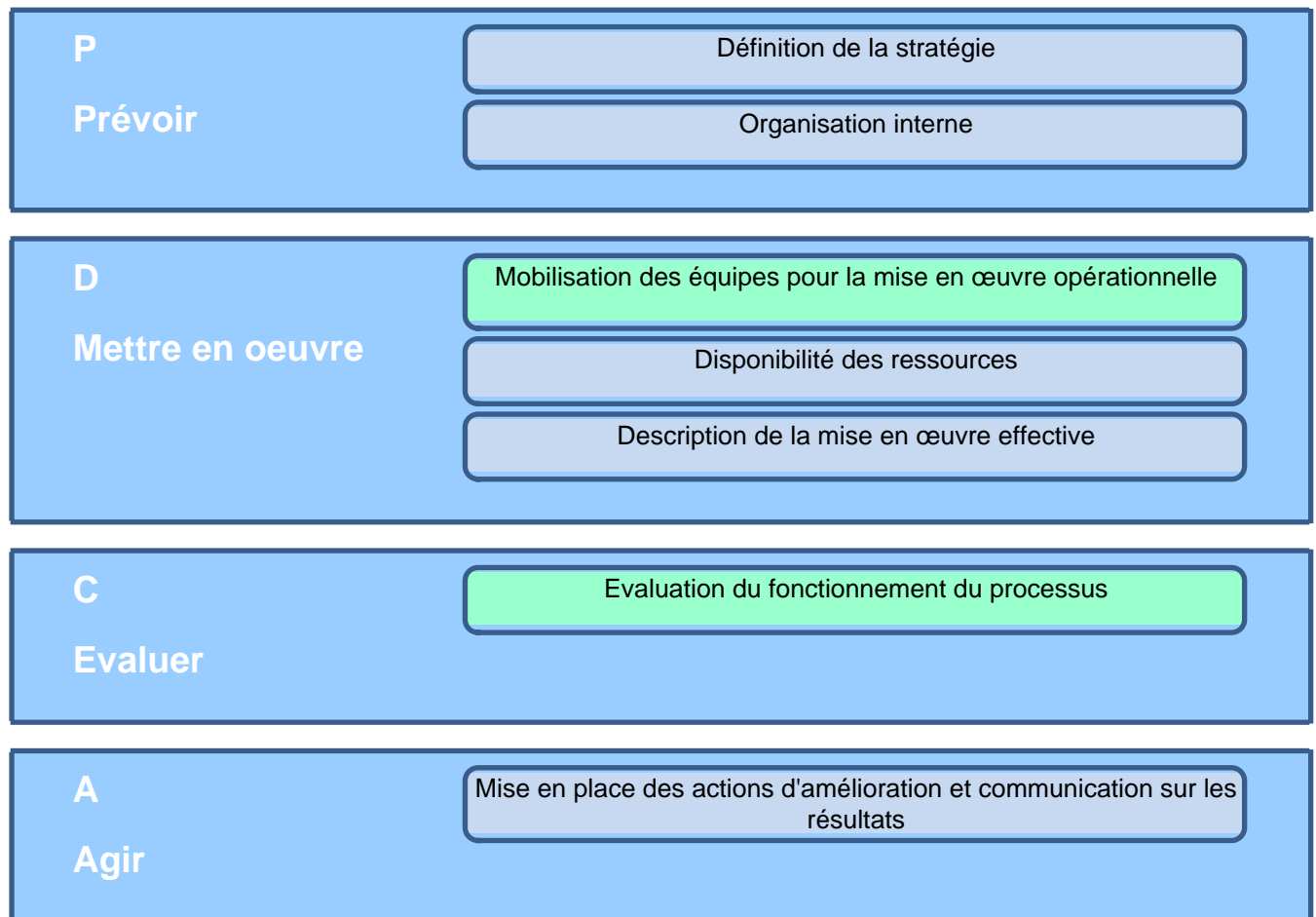
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une stratégie et des objectifs sont en place, élaborés sur la base d'une identification des missions et de l'analyse des risques propres à l'ADH qui a défini et adapté les moyens nécessaires à la gestion du risque infectieux. L'établissement a réalisé une analyse des risques en utilisant la grille de criticité de la Haute Autorité de Santé. Cinq risques non maîtrisés ont été retenus et inscrits dans le compte qualité. Pour identifier ses risques l'établissement a pris en compte les résultats des indicateurs ICALIN, les signalements faits par les soignants des événements survenus lors des soins, ainsi que la réglementation. Les risques ont été hiérarchisés par le groupe de travail en partenariat avec la responsable qualité. La maîtrise du risque infectieux est inscrite dans le document "Politique pour la qualité et la sécurité des soins 2015-2019" élaboré par l'établissement. Un programme annuel de lutte et de prévention des infections associées aux soins élaboré par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) est présenté et validé par la CME. Ce programme élaboré chaque année fait l'objet d'un bilan annuel. Les ressources et les modalités de suivi sont identifiées. Chaque action fait l'objet d'un suivi avec taux de réalisation. La CME ainsi que la Commission Des Usagers (CDU) sont informées. Ce programme est articulé avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS).

ORGANISATION INTERNE

Pour maîtriser les risques infectieux, la politique, l'organisation et les moyens adaptés sont définis en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène. L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le CLIN est en charge de cette mission. Le CLIN est composé d'un néphrologue qui préside le CLIN, du président de l'association, du directeur d'établissement, du médecin du travail, de la pharmacienne, d'un technicien de dialyse, d'un biologiste et de l'Equipe Opérationnelle d'hygiène (EOH). Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement assure l'adéquation de ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires. L'IDE hygiéniste a une fiche de poste validée qui définit ses missions. Elle occupe cette fonction à temps plein, elle est titulaire d'un diplôme universitaire en hygiène. Un correspondant en hygiène est nommé dans chacune des 18 antennes constituant l'établissement. Les correspondants ont une fiche de missions. Une formation lors de l'embauche est organisée pour les nouveaux arrivants, des formations internes et externes sont également proposées. La gestion documentaire est assurée. L'ensemble des protocoles, procédures et fiches techniques sont rassemblées dans le logiciel métier de l'établissement et sont accessibles aux soignants. Les ressources matérielles nécessaires à la prise en charge du risque infectieux sont disponibles : Box individuel dans les unités de dialyse médicalisée, équipements de protection individuels, solutions Hydro alcooliques, gants, matériel de bio-nettoyage... La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité. Les dix laboratoires d'analyses médicales transmettent les résultats des prélèvements bactériologiques aux services de soins. En cas de mise en évidence d'une bactérie à haut risque épidémique (BHRé) l'information est communiquée par téléphone et par fax en urgence à l'unité concernée. Les circuits des déchets et du linge sont organisés, opérationnels et sécurisés. Des conventions sont signées avec les prestataires intervenants dans l'établissement pour la maintenance des centrales de traitement d'eau de dialyse, pour la prise en charge du linge, pour l'élimination des déchets à risque infectieux. Le bio-nettoyage des locaux est organisé. Celui-ci est réalisé par 18 agents de service hospitalier (ASH) de l'établissement, il a été constaté lors des investigations terrain et patients traceurs une grande propreté des locaux surtout ceux de stockage. Ces agents sont affectés dans les unités de soins et sont sous la responsabilité d'un cadre en charge du bio-nettoyage. Il existe un poste de lingère basé au siège de l'établissement qui prend en charge le nettoyage des couettes mises à disposition des patients de 15 unités ainsi que le lavage des bandeaux de ménage utilisés pour le nettoyage des sols de tous les secteurs. Il existe une organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. L'établissement est constitué d'unités de dialyse médicalisée et d'unités d'auto dialyse. Trois antibiotiques injectables sont utilisés : la ceftriaxone, la vancomycine, la gentamicine. Ces molécules font l'objet d'une prescription médicale et sont délivrées par la Pharmacie à Usage Interne

(PUI) de l'établissement. La consommation de ces molécules est suivie.
En cas de problème infectieux survenant en cours de dialyse la première injection est réalisée au cours de la séance puis le patient est transféré dans son centre lourd de rattachement où le traitement est réévalué dans les 48 à 72 heures en fonction des résultats bactériologiques. Lorsque le patient revient dans l'établissement le traitement est arrêté ou poursuivi selon les consignes transmises par le centre de référence après la réévaluation.
Les laboratoires d'analyse sont organisés pour communiquer aux praticiens l'écologie bactérienne des services. La surveillance de la résistance des bactéries aux antibiotiques est organisée.
Le dépistage des Bactéries Multi Résistantes (BMR) ou des Bactéries à Haut Risque épidémique (BHRe) chez les patients hospitalisés dans un autre établissement est organisé.
Les interfaces permettent 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 des plans d'action opérationnels sont établis dans le programme annuel du CLIN.
L'infirmière hygiéniste, les correspondants ainsi que les infirmières coordinatrices sensibilisent et informent les professionnels sur les risques infectieux liés aux soins.
Des audits et des évaluations ont été réalisés sous forme de visite de risque infectieux dans 8 centres. Les résultats ont été communiqués aux équipes.
L'établissement recueille l'indicateur ICALIN.
Des actions correctives ont été identifiées. Elles sont discutées lors des réunions du CLIN.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est constituée de l'IDE hygiéniste, de la pharmacienne responsable de la PUI, de la directrice des soins, de la surveillante des soins, de la responsable des ASH, de la responsable qualité et des deux IDE coordinatrices.
Un correspondant en hygiène est nommé dans chaque centre ainsi que dans les deux pool de remplacement (pool Nord et pool Pas de Calais).
Des formations périodiques des professionnels à l'hygiène, notamment des locaux, et à la prévention du risque infectieux sont réalisées.
Des ateliers en hygiène sont mis en place ainsi que des réunions destinés aux correspondants.
Une journée de formation destinée aux ASH est organisée chaque année.
La formation des nouveaux arrivants à la prise en compte du risque infectieux est assurée au moment de leur arrivée dans la structure puis au cours d'une réunion annuelle.
Les protocoles et procédures sont élaborés et réactualisés selon une planification établie en fonction du thème traité. Cette réactualisation a lieu tous les deux ou quatre ans.
En 2015 quatre protocoles ont été remis à jour. Il s'agit des protocoles portant sur la lutte contre la transmission croisée des bactéries, de la fiche d'utilisation du bassin de lit et des protocoles de signalement interne et externe des Infections Associées aux Soins(IAS).
En 2016 huit documents ont été réactualisés.
Par exemple : Prévention légionelle dans l'eau chaude sanitaire.
Gestion des déchets.
Conduite à tenir en cas de gale.
Ces documents sont accessibles à tous les soignants dans le logiciel métier de l'établissement. Les nouveaux documents sont diffusés par voie électronique avec avis de réception, avis de lecture et émargement.
Les protocoles de bio-nettoyage sont connus des ASH et sont disponibles en cas de besoin.
Le matériel nécessaire au bio-nettoyage, chariots de ménage, balais, franges pour lavage des sols, auto laveuse est adapté et disponible.
Les résultats biologiques et bactériologiques sont communiqués aux services par fax, sous forme papier et sont inclus directement dans le dossier informatisé du patient.
La surveillance de la consommation des antibiotiques est effective. Uniquement trois molécules sont utilisées. elles sont délivrées après prescription médicale. La consommation globale et par unité est suivie par la PUI. Les résultats sont communiqués.
Les tenues professionnelles sont prises en charge par deux prestataires externes. Elles sont en nombre suffisant pour les soignants.
Le circuit des déchets est organisé avec un tri effectué dès le lit du patient. Chaque IDE dispose au moment du débranchement d'un chariot disposant d'un sac pour le recueil des déchets de soins à risque infectieux (DASRI) d'un sac pour les déchets assimilés aux ordures ménagères et d'un conteneur pour les objets piquants coupants et tranchants.
Les ressources en compétence, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs.
Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents sites de traitement connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge des patients.

Les instances sont opérationnelles. Le CLIN se réunit régulièrement et réalise annuellement un plan d'action et un bilan qui sont validés, présentés aux instances et diffusés.

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.

L'établissement, compte tenu de son activité, n'est pas tenu au recueil de l'indicateur ICATB. La consommation des trois molécules antibiotiques utilisées est surveillée. Les résultats sont communiqués aux praticiens des différents secteurs.

La surveillance des bactériémies à Staphylocoques résistants à la méticilline (SARM) est réalisée.

Le suivi des sérologies virales des patients est assurée. Des "kit AES" sont à disposition dans chaque site ainsi qu'une procédure de prise en charge.

La surveillance bactériologique est en place, surveillance des BMR et des BHRé.

Tous les patients qui ont été dialysés en dehors du service, ou du centre lourd de référence, durant une période supérieure à 15 jours ont systématiquement à leur retour au moins un écouvillonnage rectal à la recherche d'un portage de BMR ou de BHRé.

En cas de mise en évidence d'une BMR le patient est informé ainsi que le transporteur sanitaire qui le prend en charge.

Il existe une procédure de prise en charge des patients porteurs d'un Clostridium difficile. Cette procédure est connue des soignants et des équipes en charge du bio-nettoyage. Le matériel nécessaire dans ce cas est disponible.

La désinfection des générateurs entre chaque séance est réalisée automatiquement par la machine et tracée. C'est une étape bloquante ne permettant pas une séance de dialyse si elle n'est pas réalisée.

Les prélèvements d'eau des générateurs, pour analyse bactériologique, sont effectués régulièrement selon un planning défini par les techniciens bio médicaux de dialyse.

La désinfection des boucles de distribution de l'eau de dialyse est réalisée mensuellement par les techniciens de dialyse. Les résultats sont communiqués à la pharmacien gérante de la PUI.

La conformité de l'eau à usage des soins est vérifiée.

La recherche de légionelles dans l'eau chaude sanitaire est effectuée une fois par an selon les recommandations.

La traçabilité du bio-nettoyage des locaux effectué par les ASH est effective.

L'établissement recueille l'indicateur ICALIN.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre les secteurs opérationnelles.

L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les patients traceurs et les équipes les ayant pris en charge, a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit du processus prise en charge du risque infectieux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont réalisées.

L'établissement recueille l'indicateur ICALIN.

La consommation des antibiotiques est suivie.

Les accidents d'exposition au sang (AES) et liquides biologiques sont surveillés et analysés.

Une EPP sur le suivi sérologique viral des patients est actuellement en cours.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre.

Les procédures et protocoles sont réactualisés à périodicité définie.

Un support pour flacon de solution hydro alcoolique a été installé sur chaque générateur de dialyse.

Une plaquette d'information destinée aux patients intitulée " ma fistule, mon capital dialyse " a été réalisée et distribuée. Parmi les thèmes abordés un a trait à la prévention des complications infectieuses.

Un travail est en cours actuellement sur la composition des sets de branchement de fistule et de branchement des cathéters.

Les résultats de l'indicateur ICALIN sont communiqués.

Le CLIN publie chaque année le bilan d'activité qui est présenté en CME et communiqué à la commission des usagers.

L'ensemble de ces actions mises en oeuvre est intégré et articulé avec le programme d'action institutionnel.

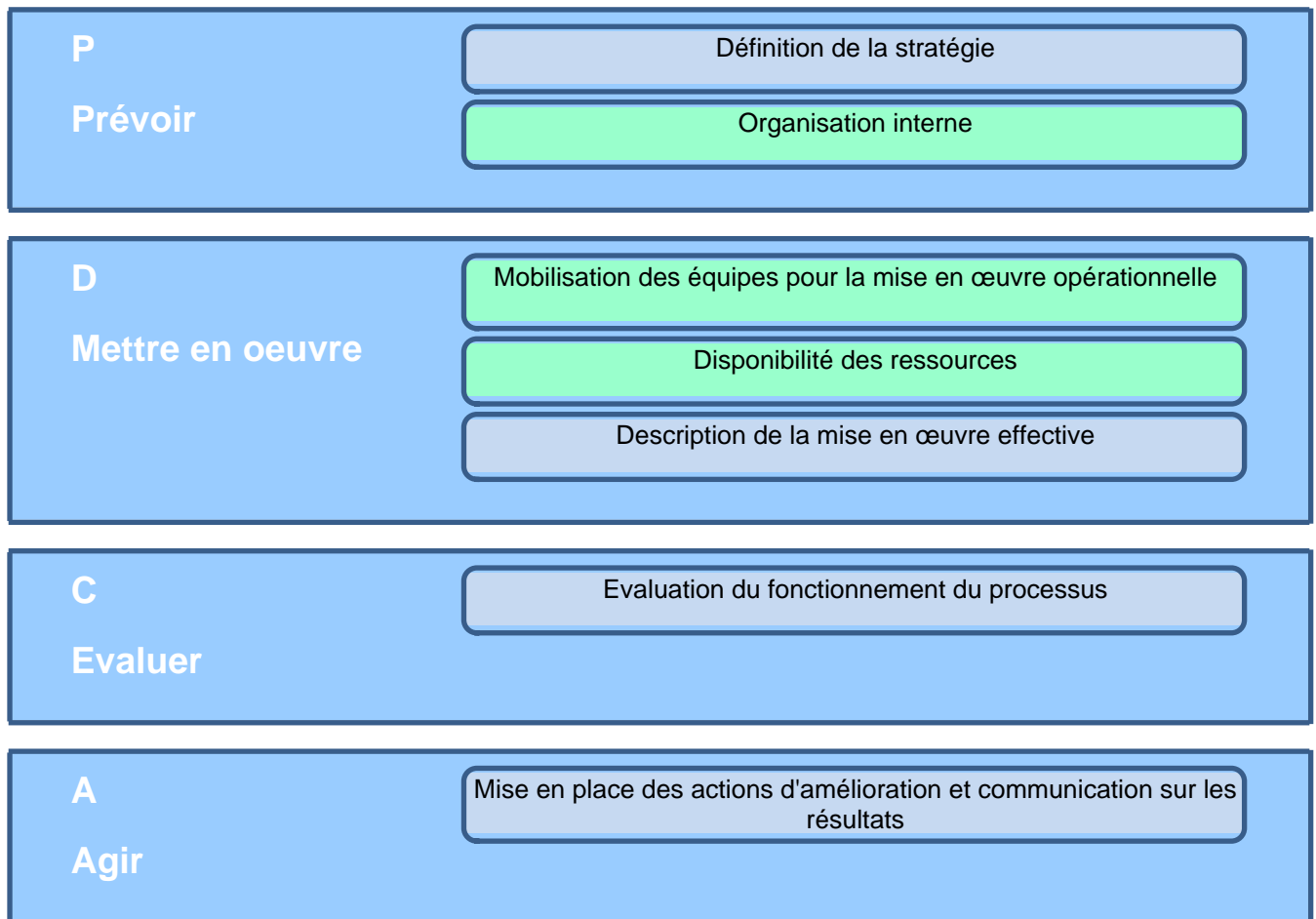
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du respect des droits des patients est inscrite dans ses orientations stratégiques et ses projets en association avec la Commission Des Usagers (CDU), nouvelle dénomination de la CRUQPC, et avec la CME. Un programme unique d'amélioration de la qualité et de réduction des risques (PAQSS) alimente le Compte Qualité (CQ). La hiérarchisation de ces risques suit la méthode proposée par la HAS. Ce programme est présenté annuellement aux instances y compris la CRU. Sur le thème des droits des patients, le CQ a retenu 8 risques. L'analyse des risques est issue d'une cartographie.

L'identification des risques trouve sa source dans les Fiches d'Evènements Indésirables (FEI), les enquêtes tant auprès des patients que des personnels, par l'analyse des questionnaires de satisfaction et des plaintes et réclamations ainsi que dans les facteurs potentiellement générateurs de maltraitance ou d'atteinte au principe du respect de la confidentialité des données relatives au patient. Ce dernier point est pris en compte dans l'organisation architecturale des différents sites de traitement.

Le respect des droits du patient prend en compte les thèmes qui lui sont associés : bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles, toujours en association avec la CDU. La promotion de la bienveillance est intégrée dans les projets de l'établissement.

Le programme d'amélioration spécifique aux droits des patients définit pour chacune des actions les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'ADH a mis en place une organisation pour piloter et administrer la politique liée aux droits du patient. Les rôles et responsabilités des professionnels en charge de cette fonction sont définis : la Responsable Qualité et les cadres administratifs et soignants disposent de fiches de mission dans ce domaine particulier. Le Comité de Pilotage de la Gestion des risques et de la Qualité (COPIL) est chargé d'analyser et de conduire les actions relevant de cette thématique. L'établissement a mis en place un comité d'éthique qui est une sous-commission de la CME.

L'établissement pourvoit aux ressources nécessaires en effectif et compétences. Des actions de formation spécifiques au respect des droits du patient sont programmées.

Les besoins en processus sont identifiés et formalisés ainsi que les procédures qui en découlent. Ils concernent l'ensemble des thèmes concernés par la mise en œuvre des Droits Du Patient : les dispositions en matière de signalement des cas de maltraitance, ainsi que celles relatives à l'accueil et à l'accompagnement de l'entourage, à l'information du patient sur son état de santé, sur le consentement éclairé et le refus de soins incluant une démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins ainsi que pour l'accès du patient à son dossier.

Les équipements et la signalétique répondent aux besoins et attentes des usagers.

La gestion des interfaces facilite la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité.

La commission des usagers est en place dans l'établissement. Un bilan annuel d'activité est réalisé et envoyé à l'ARS. Les représentants des usagers sont systématiquement invités et participent aux réunions. Le taux de participation des usagers en 2016 est de 75%.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'ADH a identifié dans ses projets de service les situations nécessitant une restriction des libertés individuelles dont le respect est garanti par la mise en œuvre de dispositions adéquates, bien que ce cas de figure ne concerne que très exceptionnellement l'ADH. En effet, les patients porteurs de pathologie cognitive ou psychiatrique sont pris en charge dans les Centres de Dialyse Lourds des établissements partenaires.

De même, le recueil de la volonté du patient incluant, éventuellement, ses directives anticipées, est effectif ; il en est de même pour la réflexion bénéfice-risque.

En cas de diagnostic grave, le patient est informé par le médecin, en colloque singulier.

Des actions correctives sont déployées en cas de non atteinte des objectifs fixés ou en cas non maîtrise des bonnes pratiques. Les informations recueillies par l'analyse des questionnaires de satisfaction, des enquêtes I-Satis, des audits ainsi que par l'analyse des FEI, permettent l'émergence de ces démarches.

L'éducation du patient à la douleur est assurée par une démarche pédagogique des professionnels en vue de l'utilisation des échelles d'évaluation utilisées dans l'établissement en lien avec le CLUD.

Sur l'ensemble des sites, les personnels infirmiers disposent de prescriptions anticipées d'antalgiques de niveau 1, adaptées à chaque patient. En cas de besoin, et à tous moments les médecins néphrologues des établissements partenaires sont joignables et peuvent organiser les replis.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels de l'ADH reçoivent des formations visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance ainsi qu'aux droits des patients et à son information en cas de dommage lié aux soins. Les droits des patients sont inscrits au programme de la réunion de formation des nouveaux arrivants.

Les personnels disposent des locaux et matériels nécessaires à leur activité : locaux pour l'accueil, postes de surveillance, locaux techniques, postes informatiques, postes de dialyse.

Chaque centre dispose de locaux individuels pour isoler les patients en cas de besoin. La sécurité de ces patients y est assurée.

La documentation est portée par un logiciel spécialisé qui est disponible sur tous les postes informatiques de tous les sites d'activité pour l'ensemble du personnel. Son actualisation est assurée régulièrement par la responsable qualité. Le logiciel comprend en particulier En cas de panne informatique, un classeur regroupant les documents essentiels pour assurer la continuité des soins et la sécurité des patients est en place comme la visite des sites a permis de le constater.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ADH organise des actions visant à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance : ainsi une formation à la relation soignant/soigné est-t-elle programmée annuellement.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement, est assuré dans les salles de dialyse qui sont équipées de rideaux-paravents mis en place lors de l'installation au bassin ainsi que cela a été constaté lors des visites des centres de l'ADH par l'équipe des experts-visiteurs.

Des réflexions éthiques ont eu lieu sur les thèmes du refus de soins, de l'absence aux séances ainsi que sur l'arrêt de la dialyse. La psychologue de l'établissement intervient en soutien des équipes et des patients.

L'organisation et les pratiques en vigueur permettent le respect de la confidentialité et du partage des informations relatives au patient : aucun affichage de noms n'est présent et les accès aux données médicales du dossier sont régis et contrôlés.

Un accueil personnalisé du patient est réalisé ainsi que des actions de soutien de l'entourage dans les situations qui le nécessitent.

Ainsi, une procédure spécifique a été mise en place lors du retour en dialyse de patients pour lesquels, la greffe de rein, dont ils ont bénéficié.

Le patient et, le cas échéant son entourage, sont associés de façon participative à la construction et à la mise en œuvre de son Projet Personnalisé de Soins (PPS) qui est revu régulièrement ou chaque fois que l'évolution de la maladie chronique rénale le requiert. Le patient est alors, de nouveau, associé à cette démarche.

Une information est délivrée par le médecin traitant au patient en cas de dommage lié aux soins. La traçabilité de l'évaluation de la douleur est assurée par les professionnels comme cela a été constaté sur l'ensemble des sites.

Les patients sont informés sur leurs droits et sur les missions de la CDU par le biais des supports de communication déployés par l'établissement : livret d'accueil, affiches, informations orales. Les coordonnées des représentants des usagers sont affichées et inscrites dans le livret d'accueil.

Ils sont également informés de leurs droits d'accès à leur dossier par le livret d'accueil et par voie d'affichage dans les points d'accueil.

Il en est de même pour la désignation d'une personne de confiance.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ADH a procédé à une évaluation de son processus de prise en compte de la bientraitance et du respect des droits et de la satisfaction des patients et de son entourage au moyen de l'analyse programmée des FEI et des enquêtes de satisfaction (libertés individuelles, bientraitance, maltraitance, confidentialité). Une enquête d'autoévaluation des pratiques de bientraitance a été soumise à l'ensemble du personnel infirmier. Cette enquête s'est inscrite dans le relevé de conclusion d'un audit sur la bientraitance.

Des indicateurs relatifs aux droits des patients sont suivis selon un planning annuel. Ils concernent : le suivi de la participation des représentants des usagers à la vie institutionnelle, le suivi du retour des questionnaires de sortie, le suivi des actions du PAQSS en lien avec le processus, les plaintes et réclamations et l'évaluation de la connaissance par les patients sur le rôle et les missions de la CDU.

Les délais de traitement des plaintes et réclamations (5 en 2015 selon le rapport de la CRU) sont suivis (7 jours). Il n'y a eu aucune demande de dossier en 2015 et en 2016.

Les actions d'évaluation relatives au respect des droits des patients sont inscrites au programme issu des travaux de la CDU et sont intégrées au PAQSS et au CQ de l'établissement ; les résultats de ces évaluations sont fournis lors des réunions trimestrielles de cette instance.

Ce dispositif d'évaluation et de suivi fait l'objet d'un bilan annuel auquel sont associées les instances concernées.

Des audits sont menés sur la traçabilité du consentement éclairé, sur la prise en compte de la douleur, sur le respect des délais du traitement des plaintes et réclamations.

A / AGIR

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

L'ADH mène des actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus. Ces actions concernent l'ensemble du processus relatif aux droits des patients : respect de la dignité et de l'intimité, confidentialité des informations, satisfaction de l'entourage, restriction des libertés, recueil du consentement et de la satisfaction, information en cas de dommage lié aux soins. A titre d'exemple, la nécessité d'améliorer la traçabilité de la douleur s'est traduite par des modifications du dossier médical.

Le programme d'amélioration de la thématique des droits des patients est réajusté au moment de la revue annuelle de fin d'exercice du PAQSS et de la programmation pour l'année à venir.

La CDU est associée à ces démarches.

Les professionnels et les usagers sont destinataires d'informations régulières lors des réunions des instances et de services. Le journal qualité est un vecteur de ces informations. L'affichage réglementaire des résultats est présent.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

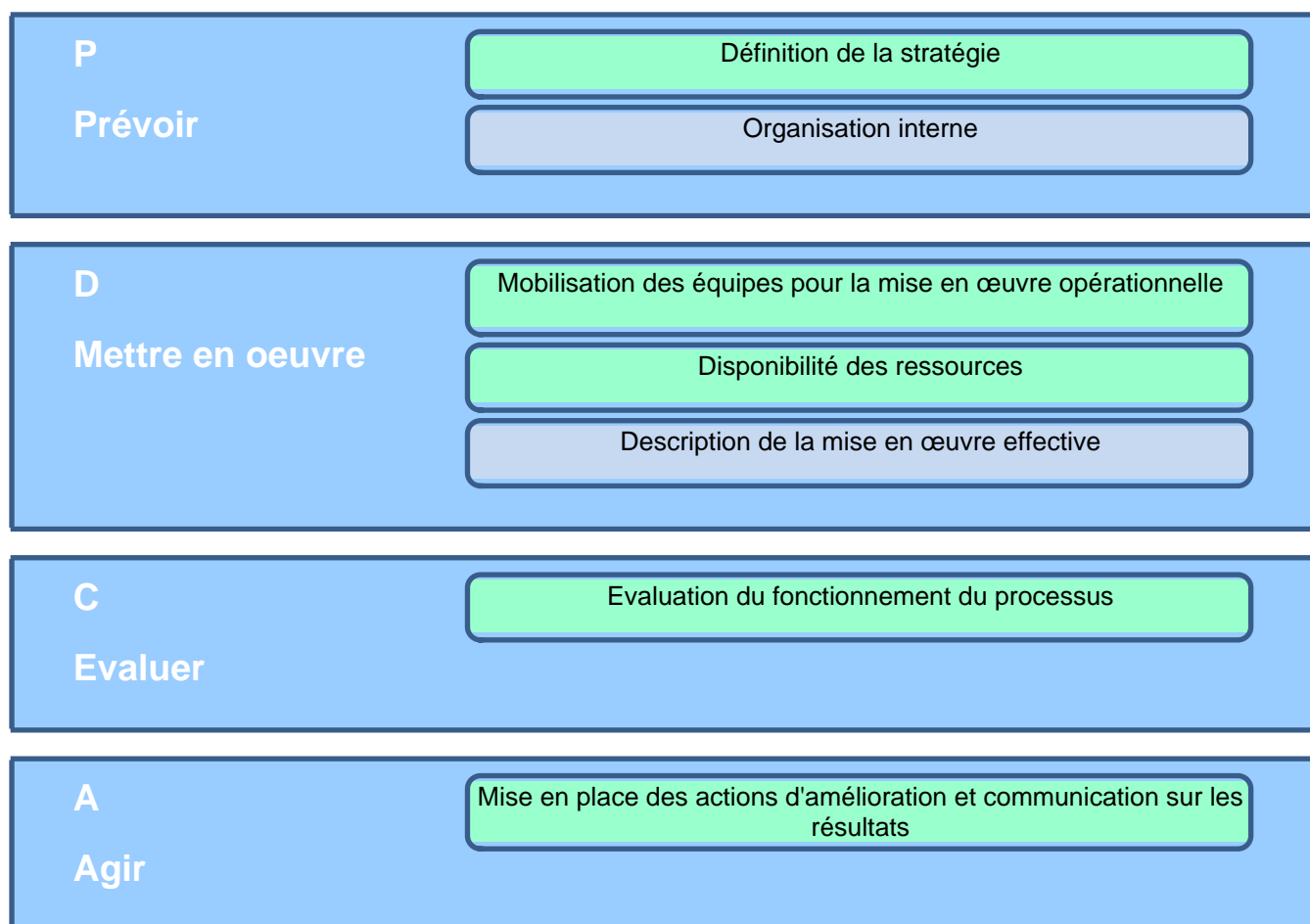
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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'ADH (Association pour le Développement de la Dialyse) est une association à but non lucratif régie par la loi de 1901, sous convention FEHAP en activité depuis 1984, à l'initiative d'un médecin néphrologue, à ce jour président du conseil d'administration.

L'ADH s'inscrit dans le schéma régional de l'offre de soins (SROS) en apportant une réponse adaptée aux besoins des patients insuffisants rénaux chroniques en proposant les activités d'hémodialyse (3 unité de dialyse médicalisé UDM et 16 auto-dialyse assistée AD), les actions d'éducation thérapeutique, la préparation de futurs patients transplantés rénaux.

De nombreux partenariats en réseau sont entretenus avec notamment Nephronor, la FNAIR, Diabhainaut etc. ce qui permet de nombreux échanges.

La stratégie de l'établissement relative au parcours patient est définie dans le projet institutionnel et dont les missions sont concentrées uniquement sur le hors centre lourd et en continuité de cette prise en soins.

Ce dernier prend en compte les objectifs définis dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens au regard des autorisations délivrées.

Ce projet institutionnel comporte un projet médical déclinant des objectifs centrés sur la prise en charge somatique du patient insuffisant rénal chronique, de l'éducation thérapeutique, et un projet de soins intégrant les différents modes de dialyse proposés, les aspects relatifs à la continuité et coordination des soins, la prise en charge des troubles nutritionnels et de la douleur, la lutte contre les infections nosocomiales, la promotion de la greffe rénale, les urgences vitales.

Les risques intégrés au compte qualité sur le parcours patient ont été identifiés par l'établissement avec méthodologie sur la base des problématiques et du fonctionnement des secteurs de soins et avec implication forte du management de l'association, des professionnels concernés et le support médical des néphrologues des centres lourds de référence.

L'association ADH a cherché à être le plus exhaustif possible sur les risques réels identifiés dans les cartographies et intégrés au compte qualité.

Cette évaluation des risques est de ce fait exploitable par les professionnels des unités de soins car ils correspondent et répondent à la pratique quotidienne.

ORGANISATION INTERNE

L'ADH a mis en place un groupe de professionnels chargé du pilotage du processus "parcours patient" et a formalisé l'organisation afin d'assurer le suivi des actions liées au parcours patient.

La mise en œuvre des actions repose de manière historique sur le rôle propre des professionnels concernés, sur l'implication soignante et managériale, les rôles et responsabilités qui en découlent sont définis.

Au regard de ses missions, les centres de dialyse de l'ADH prévoient les ressources nécessaires à la réalisation des activités et à l'atteinte des objectifs fixés.

Le directeur recueille annuellement les besoins en matériel, demandés par le technicien, le pharmacien afin de planifier les achats nécessaires au fonctionnement des unités de soins ou participant à améliorer la prise en soins du patient et l'ergonomie pour les professionnels (brancard et plateforme de pesée, "transonic" matériel de manutention à la pharmacie etc)

Le directeur des soins, la "surveillante soins", les coordinatrices des secteurs et la responsable des ressources humaines évaluent les besoins en personnel et compétences et recensent les besoins en formation identifiés au cours des entretiens avec les professionnels ou répondant aux objectifs de l'établissement (séminaire annuel proposé aux 68 IDE/Aides soignants sur 2 jours en alternance afin d'optimiser la participation)

Les projets de formation validés sont inscrits au plan de formation annuel.

Les règles de présence et l'organisation à laquelle elles sont adossées sont définies pour assurer la permanence des soins.

Les IDE référents formés sur des sujets spécifiques tels le dossier, l'hygiène, la prise en soins, la transplantation, les abords vasculaires assurent la formation de leurs collègues et par compagnonnages pour les nouveaux recrutés.

Une organisation est mise en œuvre pour faciliter la réalisation des bilans biologiques (convention avec 10 laboratoires) et intégrer les résultats dans le dossier informatisé

L'organisation du service technique avec les techniciens se déplaçant sur les sites sécurise le fonctionnement des générateurs à tout moment (dialyse de soirée jusqu'à minuit).

Les tenues de travail sont distribuées pour tous, médecins et personnels soignants, elles sont entretenues par un prestataire extérieur, elles sont adaptées à l'activité et respectent les règles d'hygiène des tenues à usage unique sont proposées aux visiteurs.

Des douches pour le personnel sont mises à disposition dans tous les vestiaires des différents sites.

Les circuits des patients sont définis en fonction de leur état de santé et de leur autonomie déterminant

ainsi le mode de dialyse et l'unité dans laquelle ils sont pris en soins sur le même site (UDM UAD)
 Le risque suicidaire est pris en compte lors de l'évaluation initiale dès le début des séances, cette information est à renseigner dans le dossier informatisé et communiquée à la psychologue.
 L'interface entre les unités de dialyse et les services administratifs est assurée par la secrétaire localisée au siège.
 Des partenariats avec les centres des structures partenaires proches permettent d'assurer la prise en charge des situations compliquées (reprise de fistules, problèmes cardio-vasculaires ou neurologiques, radiologie interventionnelle, scanner, imagerie à résonance magnétique etc).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La directrice des soins en collaboration avec l'équipe d'encadrement assurent la sensibilisation des professionnels sur les objectifs relatifs à l'amélioration du parcours patient au travers de réunions.

Des créations de postes (psychologue, diététicienne, coordinatrices) ont permis d'élargir l'équipe soignante et d'améliorer la qualité des prises en soins et des échanges entre professionnels par la tenue de réunions mensuelles pluridisciplinaires. Le déploiement de l'éducation thérapeutique a pu être ainsi optimisé.

L'encadrement informe les professionnels des actualités qui les concernent et échange sur les pratiques, les observations des patients, les événements indésirables au cours des staffs dont la traçabilité est assurée.

La coordination des soins évalue avec la direction, le président de la CME, le pharmacien, les activités et le fonctionnement des unités de dialyse sur les aspects matériels (bon fonctionnement des générateurs et du support informatique, état des locaux...), sur l'observation ciblée de certains soins...

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont déployées pour assurer la prise en soins globale et personnalisée du patient. Les effectifs sont composés d'une "surveillante soins", d'infirmières, d'aides soignantes, d'agent de service à temps plein, de 2 diététiciennes, d'une psychologue, 2 Coordinatrices de secteur, d'une infirmière hygiéniste, de préparateurs en pharmacie à temps plein salariés ainsi que de 4 techniciens prestataires pour la gestion des générateurs sur plusieurs sites et de médecins néphrologues détachés des centres lourds supports.

Certains professionnels infirmiers et médicaux détiennent des compétences complémentaires acquises au cours de leur formation spécifique en éducation thérapeutique (8 formés depuis 2014), en hygiène, en gestion du risque infectieux et de la douleur et en dialyse participant à améliorer la prise en charge des patients.

Des compétences en éducation thérapeutique, en gestion de la douleur et du risque infectieux, en préparation à la greffe, en gestion des fistules sont confiées à des référents qui assurent des missions de sensibilisations, d'information et d'éducation du patient et de son entourage.

Les soignants suivent régulièrement des formations dont la formation aux gestes d'urgence (AFGSU).

Les documents nécessaires à la prise en charge des patients sont disponibles sur le portail intranet de l'établissement.

Les locaux sont entretenus, offrant aux patients des locaux confortables et adaptés et aux professionnels un environnement fonctionnel et sécurisé.

Le matériel mis à disposition permet d'assurer la réalisation des activités avec un nombre de générateurs de dialyse suffisant et du matériel en surnuméraire pour faire face à d'éventuelles pannes.

La maintenance préventive et curative des équipements nécessaires à garantir la qualité de l'eau est assurée quasiment en temps réel par le prestataire.

Les unités sont équipées de différents dispositifs de pesée adaptés à l'état des patients.

Les secteurs de soins sont dotés de chariot ou de sacs d'urgence adaptés et contrôlés à périodicité définie, la traçabilité de ces contrôles est assurée, visée par les coordinatrices de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du patient est assuré par les soignants et adapté en fonction de l'état du patient (DM ou AD), de son autonomie (brancard, fauteuil roulant, à pied) et du mode d'arrivée (ambulance, VSL).

Compte tenu de la chronicité de leur pathologie et de l'antériorité du début de la prise en charge, la plupart des patients sont connus de tous les professionnels.

Ils sont accueillis pour des séances itératives de dialyse : hémodialyse médicalisée de journée ou de soirée et auto dialyse assistée.

À leur arrivée dans le service, les patients sont pesés puis se rendent ou sont accompagnés par les ambulanciers dans la salle de dialyse à leur fauteuil en accord avec les soignants qui s'attachent à prendre en compte les souhaits et préférences des patients.

La prescription de dialyse est réalisée par le néphrologue sur le logiciel de dialyse et fait apparaître les différentes données utiles au personnel infirmier pour la réalisation de l'épuration extra-rénale: le poids sec, les résultats du dernier bilan, le débit de filtration, le matériel préconisé préparé dans les casiers.

nominatifs.

L'infirmier réalise l'évaluation initiale du patient à l'appui du recueil de paramètres (tension artérielle, pulsations, température) et d'un questionnaire oral sur son état de santé.

Il procède ensuite au contrôle de la voie d'abord et vérifie sa fonctionnalité (absence de signes locaux et ou de complication mécaniques, utilisation de l'écho transsonic).

Il réalise la préparation cutanée locale et ponctionne la voie d'abord puis effectue le branchement au générateur.

La surveillance du bon déroulement de la séance est assurée par l'infirmier à partir des paramètres du générateur et de l'état de santé du patient à partir de ses paramètres.

Ces données sont enregistrées sur le dossier patient informatisé, la check list permet de ne rien oublier.

Le projet personnalisé de soins est réévalué si nécessaire au cours des staffs pluridisciplinaires mensuels animés par les professionnels (diététiciennes, psychologue) dont le compte rendu est tracé et diffusé.

Si l'état de santé du patient se dégrade, les possibilités thérapeutiques sont discutées et la réflexion bénéfique/risque est tracée.

Compte tenu de la longue durée des prises en charge, remontant à plusieurs années, une synthèse de séjour est réalisée par le néphrologue référent du patient afin de garantir régulièrement, et a minima une fois par an, une meilleure lisibilité des données du patient.

En fonction des situations, la psychologue est sollicitée et son avis est recherché, celui-ci est toujours tracé comme retrouvé lors des investigations patient traceur.

Les patients bénéficient d'une consultation diététique systématique, notamment à la recherche de cas de risque de dénutrition identifié ou de perturbations phosphocalcique ou protéiniques, dont les constats sont tracés dans le dossier informatisé (investigations patient traceur)

Les actions d'éducation thérapeutique est un axe fort de l'activité qui assure la continuité des programmes initiés en centre lourd, pour les patients insuffisants rénaux.

Il est coordonné par l'équipe d'éducation thérapeutique: le néphrologue référent, les diététiciennes, la psychologue, le pharmacien et les infirmiers.

L'autonomie des patients est encouragée si le patient le désire il peut être préparé à la dialyse à domicile quand les critères patient le permettent, le suivi est assuré par les néphrologues des centres lourds, le matériel est mis à disposition par la pharmacie de l'ADH.

Des actions d'accompagnement personnalisé (actions d'éducation ciblées), sont menées afin de rendre le patient acteur de sa prise en soins

Une information sur la transplantation leur est régulièrement dispensée des documents sont également mis à disposition.

Les professionnels connaissent la conduite à tenir en cas d'urgence vitale; ils disposent de matériel d'urgences (chariot ou sac d'urgence). Il est contrôlé régulièrement, ces contrôles sont tracés et vérifiés par les coordinatrices de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A partir du recueil des indicateurs obligatoires IQSS en dialyse, et des indicateurs recueillis lors des audits et enquêtes en interne l'ADH a mis en oeuvre l'évaluation du parcours patient, les investigations patient traceur en ont permis le constat.

L'évaluation de la satisfaction des patients est réalisée, elle fait l'objet d'une enquête annuelle diligentée par la direction des soins, des questions sont posées aux patients pour apprécier l'avis des nouveaux patients mais aussi celui des anciens. Les représentants des usagers assurent le lien entre la direction et les dialysés. Leurs apports sont pris en compte.

Des EPP sont menées sur plusieurs étapes de la prise en soins (audits cliniques), elles sont suivies et génératrices de propositions d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration en lien avec les résultats des évaluations sont mises en oeuvre avec les professionnels, elles sont intégrées et articulées dans le PAQSS.

Des actions sont mises en oeuvre : préserver la confidentialité, évolution régulière du dossier patient informatisé...

La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels (site intranet, affichage, notes de service, journal interne) et des usagers en CDU.

Les différents tableaux de bord d'activité, de ressources et de qualité sont accessibles aux personnels sur le site intranet.

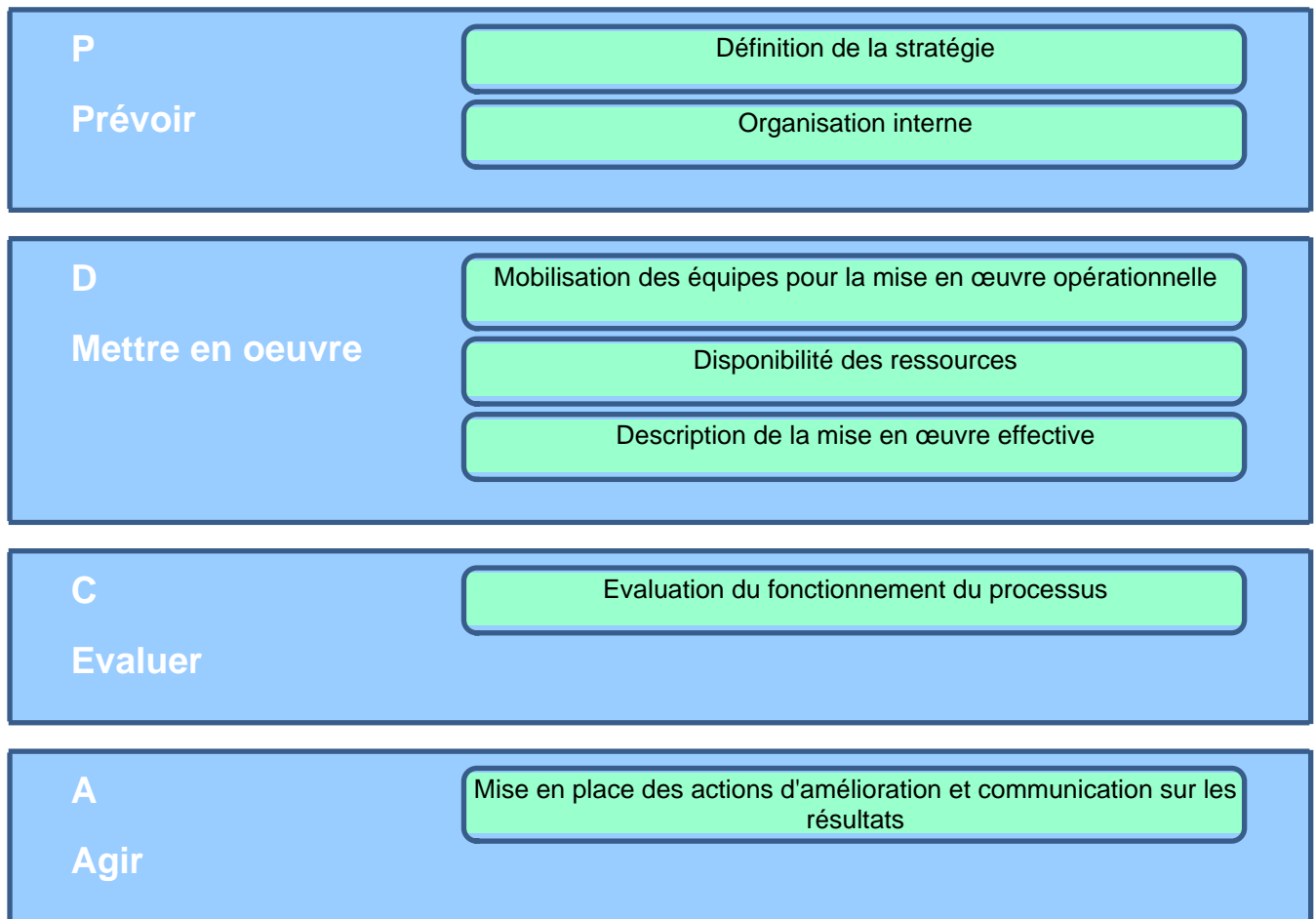
DOSSIER PATIENT

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

Une stratégie et des objectifs sont mis en oeuvre, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'ADH et déclinés dans tous les sites.

La politique du dossier patient est formalisée dans le document "politique pour la qualité et la sécurité des soins 2015-2019".

L'établissement est constitué de dix huit sites et assure deux modalités de prise en charge en hémodialyse. On compte trois Unités de Dialyse Médicalisée(UDM) et seize Unités d'Auto Dialyse (UAD).

Les missions définies sont :

- La prise en charge des patients en hémodialyse dont l'état de santé permet un transfert d'un centre lourd où a été débutée l'hémodialyse périodique vers une UDM ou une UAD.

- L'orientation vers la greffe rénale pour les patients pouvant relever de cette thérapeutique.

Pour identifier et analyser ses risques l'établissement a constitué un groupe de travail qui a étudié les dossiers des patients pris en charge sur les différents sites, pris en compte les exigences des centres lourds d'où viennent les patients qui continuent à être suivi par les néphrologues de ces centres, ainsi que les résultats des études des fiches d'évènements indésirables ayant trait à ce sujet.

Les obligations réglementaires ainsi que les résultats des indicateurs qualité sécurité des soins (IQSS) ont été pris en compte.

Les risques ont été hiérarchisés en utilisant la grille de criticité de la Haute Autorité de Santé.

Trois risques ont été retenus et inscrits dans le compte qualité.

Les objectifs définis sont déclinés dans un programme d'actions formalisé et priorisé repris dans le PAQSS. Les modalités de mise en oeuvre des actions sont définies. Les responsables sont identifiés.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le groupe en charge de ce processus est constitué de la surveillante des soins, de l'IDE coordinatrice des soins pour les centres situés dans le département du Nord, et de la référente dossier patient. La surveillante des soins et les coordinatrices de soins disposent d'une fiche de fonction.

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

Une formation sur ce thème pour les IDE coordinatrices et les IDE référents du dossier est organisée. Elles sont en charge ensuite de former les soignants des différentes unités.

Des formations sont inscrites aux plans de formation 2016 et 2017.

Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire. Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées. Elles sont reprises dans le document "guide du dossier patient".

Un plan de maintenance du matériel informatique support du dossier informatisé est en place.

Le dossier est constitué, d'une part, d'un dossier informatisé géré par le logiciel métier de l'établissement et d'autre part d'un dossier papier constitué des fiches de dialyse et des différents comptes rendus des examens complémentaires et des consultations.

Les premières séances d'hémodialyse sont réalisées en centre lourd dans un établissement de santé partenaire de l'ADH puis, lorsque l'état de santé du patient le permet celui ci est transféré dans un centre de traitement de l'ADH. C'est à ce moment là qu'est créé le dossier du patient par le secrétariat médical du siège de la structure. La secrétaire saisie les informations dans le dossier informatisé et faxe les documents papier au service qui va prendre le patient en charge.

L'accès du patient à son dossier est organisé en conformité avec la réglementation. Le patient est informé de ses droits dans le livret d'accueil. Toutes les demandes d'accès au dossier sont traitées par le secrétariat de direction quel que soit le site.

Une procédure dégradée est organisée en cas de défaillance du système informatique.

Les circuits et les interfaces sont opérationnels entre tous les secteurs de soins, la pharmacie à usage interne (PUI), les laboratoires d'analyses médicales et le secrétariat en charge des dossiers médicaux pour faciliter la concertation entre tous les professionnels et entre tous les secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et des actions propres à la gestion du dossier patient sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les objectifs sont la complétude du dossier, l'amélioration de la traçabilité des informations, l'amélioration du respect des règles de tenue du dossier papier et informatique.

La surveillante des soins, les IDE coordinatrices et les référents dossier sont chargés de sensibiliser et de former les professionnels sur les risques identifiés et sur les objectifs. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels des résultats. Des audits sur les données administratives du patient, sur le recueil du consentement, sur l'accessibilité du patient à la greffe sont réalisés. Les résultats globaux de tous les sites et les résultats propres à chaque site sont communiqués aux équipes par courrier électronique et lors des réunions de service. Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont disponibles dans les secteurs. L'ensemble des soignants intervenant dans la constitution du dossier patient ont une formation lors de la prise de fonction. Pour les nouveaux arrivants il y a une période de tutorat de deux à trois mois durant laquelle les règles de tenue du dossier papier et informatique sont abordées. Lorsqu'une nouvelle version informatique est mise en place la formation est assurée par le prestataire soit dans les centres soit par e-learning.

L'établissement ne fait pas appel à l'intérim. Les remplacements sont assurés par les personnels de l'ADH.

Les documents et les outils nécessaires à la constitution du dossier patient sont à la disposition des professionnels.

Des fiches d'instruction pour l'utilisation du dossier informatisé sont à disposition des équipes paramédicales via le dispositif de gestion documentaire.

Les ressources matérielles sont disponibles. Toutes les unités de soin ainsi que les secrétariats, les bureaux médicaux et la pharmacie sont équipés de postes informatiques et de fax.

Les dossiers papier ainsi que les cahiers de dialyse contenant les fiches des séances de dialyse sont stockés dans une armoire dans le bureau des IDE en salle de dialyse.

Lors de la sortie du patient. Lorsque le patient n'est plus pris en charge de façon définitive dans l'établissement les documents papier constituant le dossier sont réunis et transférés au secrétariat médical du siège puis l'archivage est géré par un prestataire externe conventionné avec l'ADH.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents acteurs intervenant dans la constitution du dossier du patient connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les procédures établies.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier.

La présence des documents nécessaires à l'identification du patient est évaluée et tracée.

Les observations médicales sont présentes dans le dossier ainsi que les comptes rendus des consultations des visites de suivi.

Les constantes recueillies durant la séance de dialyse sont directement intégrées dans le dossier informatisé du patient à partir du générateur de dialyse.

Les transmissions des soignants sont saisies soit sur les fiches papier de surveillance de la séance de dialyse soit dans le dossier informatisé.

Les comptes rendus de consultations et des examens complémentaires sont scannés dans le dossier informatisé puis archivés. L'établissement mène actuellement une réflexion sur l'archivage ou la destruction de certains documents papier après leur intégration dans le dossier informatique.

Les résultats des examens biologiques et bactériologiques sont directement inclus dans le dossier informatisé par les dix laboratoires d'analyse conventionnés avec l'ADH.

Les générateurs de dix sept des dix huit centres sont équipés d'un dispositif permettant d'assurer directement dans le dossier la traçabilité des constantes de dialyse ainsi que la traçabilité de nombreux actes effectués par les soignants.

Le dernier centre sera équipé durant le premier trimestre 2017.

Le dossier informatisé des patients est accessible aux professionnels à partir de tous les postes informatiques selon une procédure d'accès sécurisée définissant les droits des intervenants. Le dossier papier des patients est accessible aux professionnels dans le centre où il est pris en charge.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont définies.

Les délais d'accès du patient à son dossier, définis par la réglementation, sont respectés.

Lorsque le patient doit être pris en charge dans un autre établissement pour un transfert définitif, pour des soins particuliers ou pour des vacances le paramétrage du logiciel permet d'imprimer tous les documents qui ont été préalablement sélectionnés et qui sont nécessaires à la continuité des soins.

Selon la structure dans laquelle le patient est traité, UDM ou UAD, les consultations médicales planifiées donnent lieu à un compte rendu inclus dans le dossier du patient et transmis au médecin traitant.

L'accès à la greffe est géré par les CHU de la région. Le bilan pré greffe peut être réalisé en soins externes et les résultats sont transmis au centre de greffe. Le dossier est ensuite géré par le centre de greffe et le néphrologue en charge du patient.

L'ADH n'a pas de néphrologue salarié ce sont les néphrologues des centres lourds qui interviennent dans les structures de l'ADH.

L'ensemble des observations réalisées lors des rencontres avec les patients traceurs et les équipes les ayant pris en charge a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit du processus du dossier patient.

Les procédures sont établies en groupe de travail "dossier patient" avec les référents de chaque centre. La diffusion des procédures est tracée et émargée par les professionnels via le logiciel de gestion documentaire.
Les actions menées du dossier patient (informatisé et papier) sont uniformes et déployées sur l'ensemble des 18 sites.
Une procédure dégradée en cas de panne du dossier patient informatisé est en place. Un ordinateur de secours est mis en place de façon centralisée au siège en cas de panne totale du logiciel ou du serveur.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du dossier et le suivi de la mise en œuvre.
La gestion du dossier patient est évaluée.

Plusieurs audits sont réalisés : Les coordonnées d'identité des patients dans le dossier sont vérifiées tous les trois mois.

Les données administratives en particulier les numéros d'appel téléphonique des patients inscrits en greffe sont vérifiées deux fois par an.

L'établissement recueille l'indicateur IQSS d'accès à la greffe.

Le délai de transmission des informations médicales au patient lorsque celui ci en fait la demande n'a pu être réévalué depuis 2012 car il n'y a eu aucune demande en 2014, 2015, 2016.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées et intégrées au programme d'action institutionnel.

Les modalités de diffusion sont établies.

Les résultats des audits sont communiqués 2 fois par an aux professionnels par voie informatique avec les résultats globaux et les résultats de non conformité du service.

Les IDE coordinatrices lors de leurs passages dans l'unité communiquent et commentent les résultats.

Les photographies d'identité des nouveaux patients pris en charge ainsi que les photos des homonymes sont depuis quelques mois incluses dans le dossier patient.

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont discutées en commission des usagers.

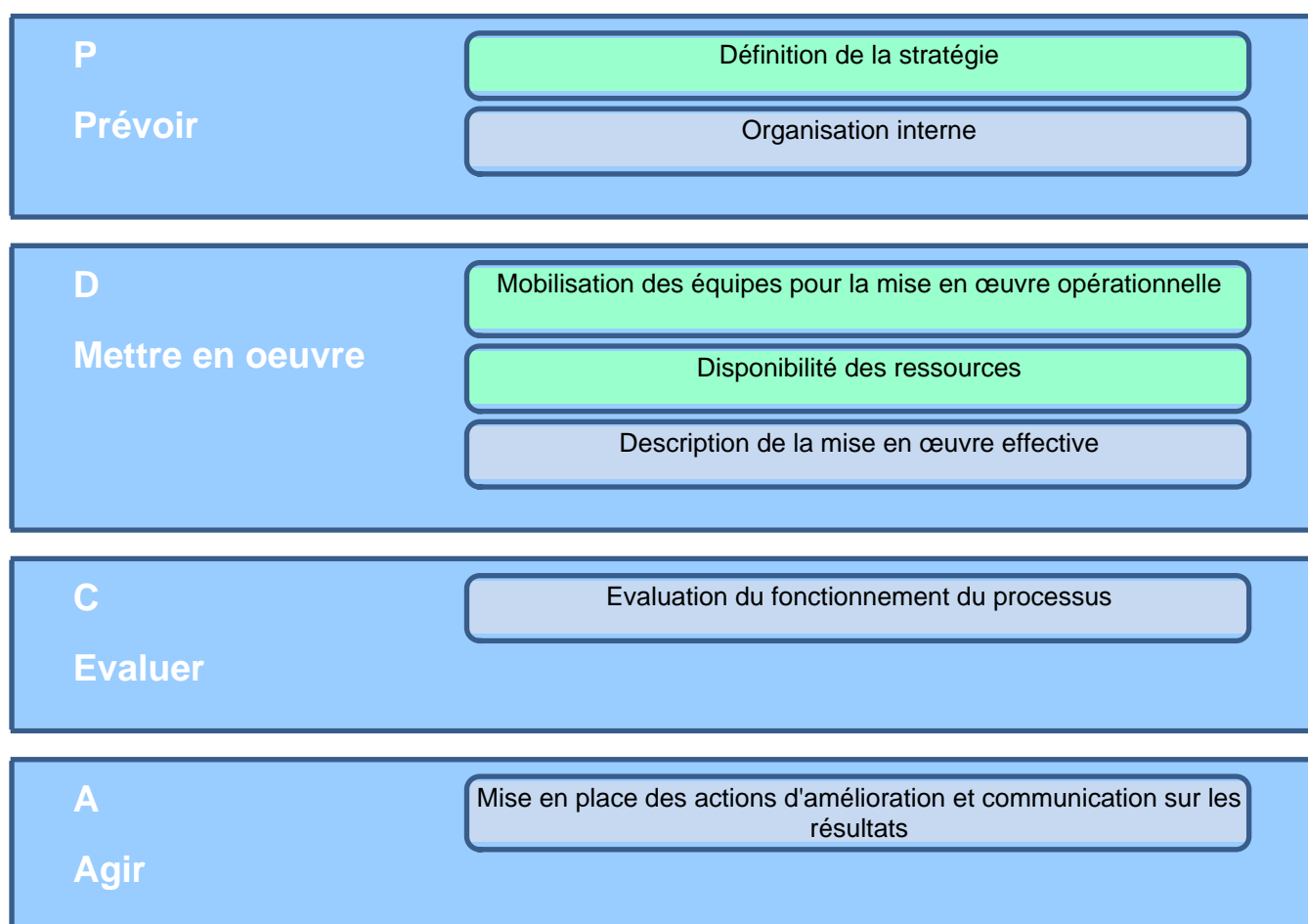
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles, formalisée, actualisée régulièrement est mise en œuvre. Elle est présentée aux instances et aux représentants des usagers.

Le "système Qualité" mis en œuvre à l'ADH se décline de manière identique sur toutes les thématiques investiguées dont la PECM.

Un document définissant la stratégie (Guide de la prise en charge médicamenteuse) est mis à disposition, qui s'applique à toutes les étapes de la prise en soins en conformité avec la réglementation et l'évaluation structurée des risques.

Une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins (diagnostiqués dans les résultats des audits effectués périodiquement), du contexte et d'une analyse des risques propres au circuit du médicament spécifiques de l'Association pour le développement de la Dialyse (ADH) et ce dans tous les sites, sont mises en œuvre.

Cette stratégie, définie par la commission PECM (qui se substitue au COMEDIMS) qui est composée de représentants des secteurs de soins, du pharmacien, du président de la commission médicale, est déclinée dans le document de politique spécifique au circuit.

La prise en charge médicamenteuse a fait l'objet d'une étude des risques identifiés sur le circuit tels

- le renseignement relatif aux allergies retrouvé dans tous les dossiers de manière exhaustive
- les médicaments à risque(anti coagulants etc.)
- les patients à risques que sont les dialysés incluant ceux vieillissants
- la traçabilité de la non administration d'un traitement (validée par un protocole pour l'EPO autorisant l'IDE, au regard des résultats sanguins a ne pas administrer, par mesure de sécurité, en attente de la consultation médicale)
- la traçabilité de l'information donnée aux patients

Les objectifs d'amélioration tiennent compte des engagements du contrat de bon usage des médicaments. Dans le compte qualité, des risques ont été identifiés, ils ont été priorisés.

ORGANISATION INTERNE

L'Association pour le développement de l'hémodialyse (ADH) a établi une organisation pour piloter le processus. La commission PECM (qui s'est substituée au COMEDIMS) est l'instance de pilotage du management de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles.

Sa composition est pluridisciplinaire.

Elle se réunit plusieurs fois par an avec un calendrier défini ou plus en fonction des besoins ou de l'analyse des fiches événements indésirables relatives au circuit et des RETEX.

Les rôles et responsabilités du pharmacien sont formalisés dans une fiche de mission.

La responsabilité du fonctionnement incombe au pharmacien qui est remplacé systématiquement lors de ses absences.

Des formations pour les nouveaux arrivants pendant leur période d'intégration, sont réalisées par le pharmacien sur les risques liés à la prise médicamenteuse, lors des séminaires organisés par la direction des soins, des rappels sont faits par l'équipe de la pharmacie.

Le livret thérapeutique, procédures et protocoles sont formalisés, validés et actualisés par la commission PECM.

Il existe un document de politique qualité "Guide PECM" sur la prise en charge médicamenteuse mis à jour régulièrement.

L'informatisation de la prescription est effective et totale ainsi que la gestion des stocks, afin d'optimiser la dernière version informatique du logiciel, un cahier des charges a été élaboré.

Les règles de prescriptions sont définies et connues de tous, prescripteurs et infirmiers.

Le support informatique permet une traçabilité en temps réel de l'administration et du suivi grâce à des tablettes informatiques intégrées aux générateurs.

Les centres d'unité hémodialyse médicalisée et d'auto dialyse assistée de l'ADH sont organisés pour assurer la continuité du traitement médicamenteux pendant le per dialytique.

Le transport, le rangement et le stockage font l'objet de procédures et des audits réguliers diligentés par le pharmacien et le COPIL Qualité permettent des réajustements si besoin.

Afin de faciliter la concertation entre le pharmacien et les professionnels des secteurs de soins, une organisation reposant sur des échanges par messagerie informatique est en cours de déploiement sur

tous les sites (11 pourvus, 7 finalisés en 2017).

La mise à disposition des médicaments est validée quotidiennement par le pharmacien au regard des prescriptions, la chronicité des patients permet une anticipation et une bonne gestion des stocks.

Les chariots et sacs d'urgences situés au sein des secteurs de soins sont alimentés et contrôlés à périodicité définie par les infirmiers en collaboration avec le service de pharmacie, leur réapprovisionnement est assuré.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les "coordinatrices de soins" des sites en collaboration étroite avec le pharmacien organisent la déclinaison, sur le terrain, des objectifs proposés par les membres de la commission PECM (CPECM) dont les responsabilités et missions sont connues de tous.

Le pharmacien assure la formation des professionnels, en interne, sur les risques identifiés et sur le processus, principalement sur le risque inhérent à l'erreur médicamenteuse, sur l'identification des médicaments à risques.

Des documents nationaux ou créés en interne sont mis à la disposition des soignants: manuel qualité, livret thérapeutique, procédures de bonnes pratiques, textes réglementaires etc.

La communication des résultats des actions se fait de manière régulière par l'intranet, au cours des réunions ou d'information par envoi de mail par l'équipe de préparateurs en pharmacie.

A partir de la déclaration des erreurs médicamenteuses, le "Groupe PECM" peut décider l'organisation d'une réunion d'analyse sur une erreur médicamenteuse en fonction de la criticité ; la directrice des soins, la surveillante soins, les coordinatrices et les soignants déclarants participent à cette analyse et relaie l'information sur les actions d'amélioration décidées auprès des équipes soignantes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ADH répond aux exigences réglementaires en terme de ressources humaines, le ratio personnel nombre de place de dialyse est respecté.

Les formations font l'objet d'un plan, le pharmacien forme en interne le personnel.

Des actions régulières de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses sont menées.

Les ressources matérielles permettent une sécurisation du circuit, les locaux sont adaptés et sécurisés tant au niveau des locaux de la pharmacie que des locaux relais une organisation est en place afin de permettre un approvisionnement et un entretien réguliers.

Un ordinateur permettant la validation de l'administration en temps réel donc de la traçabilité est mis à disposition à chaque chevet de dialysés.

Les procédures, le manuel qualité de la pharmacie, la banque de données, le livret thérapeutique sont accessibles à tous dans l'intranet de l'établissement ainsi que les comptes rendus de la commission PECM et les actions proposées par celle-ci.

Des documents sont mis à disposition des patients, des programmes d'éducation thérapeutique à la santé sont menés auprès d'eux et de leur entourage sur certains thèmes principalement liés à la nutrition, au traitement du diabète, à la protection des fistules artério-veineuses.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles de prescriptions sont définies et mises en œuvre, elles sont connues de tous. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments particulièrement des médicaments à risque sont effectives. Une analyse pharmaceutique est effectuée pour tout nouveau patient et pour toutes nouvelles prescriptions pour les patients anciens.

La photo du patient est incluse dans le dossier informatisé quand le dialysé l'autorise, pour les nouveaux patients systématiquement.

L'analyse pharmaceutique est effectuée par le pharmacien à chaque prescription de manière systématique, les néphrologues assurent le suivi des dialysés ainsi que des patients en attente d'une greffe.

Les médicaments et dispositifs médicaux (DM) sont rangés dans des locaux aérés, agrandis récemment au siège de l'ADH, ce qui permet une délivrance ergonomique grâce à du matériel adapté, d'où ils sont chargés pour être ventilés vers les différents sites et vers les domiciles.

Les médicaments et les DMS au sein des UDM et UAD sont rangés dans des armoires et des locaux sécurisés, administrés par les IDE en cours de séance de dialyse ce qui permet le contrôle de la dispensation et administration. Les différentes administrations médicamenteuses sont tracées en temps réel sur le support informatique.

directement fixé sur le générateur par patient.
Les bonnes pratiques en matière de préparation sont respectées.
Le matériel nécessaire à la séance est préparé, dans des casiers identifiés par patient, par le personnel soignant et utilisé lors de la séance. Le matériel utilisé est tracé, les numéros de lots sont recueillis et liés à l'acte.
Une dotation de médicaments pour besoins urgents est mise à disposition, elle est réajustée si utilisation.
La permanence pharmaceutique est assurée, le pharmacien est toujours remplacé en cas d'absence.
Des EPP sont initiées, qui prennent en compte le circuit du médicament et sa sécurisation et qui mobilisent les équipes PUI et tous les infirmiers.
En cas de situation imprévue l'équipe de préparateurs est toujours disponible
Le recueil des événements indésirables sur le circuit du médicament est effectif, chaque événement est analysé, le résultat de cette analyse est communiqué à tous par le biais de l'intranet.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'encadrement, le pharmacien en collaboration avec le service qualité assurent régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre par l'analyse et le suivi des erreurs médicamenteuses avec les professionnels.
Le suivi et l'évaluation de l'information donnée au patient sur l'observance du traitement sont assurés par la biais d'enquête auprès des dialysés et leur entourage.
Un suivi d'indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs est effectué par le pharmacien.
La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est également évaluée, la population des dialysés traités dans les différents sites de l'ADH étant majoritairement âgée en UDM et une population plus jeune dans les structures identifiées auto dialyse assistée.

A / AGIR

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

Les actions définies lors de différentes évaluations sont mises en œuvre.
Le programme d'audits annuel sur toutes les étapes de la prise de la charge médicamenteuse permet des réajustements périodiques.
Les résultats des actions et des indicateurs sont communiqués en interne par l'intranet, des mails sont envoyés à chaque professionnel par l'équipe de la pharmacie afin d'inciter à leur lecture.
Le partage des résultats se fait avec les personnels des différents sites de l'ADH.

ANNEXE

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