



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE SAINT-CYPRIEN
RIVE GAUCHE**

**49 allée Charles de Fitte
31300 TOULOUSE**

AVRIL 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> - 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

CLINIQUE SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	
Adresse	49 allée Charles de Fitte 31300 TOULOUSE
Département / région	HAUTE-GARONNE / OCCITANIE
Statut	
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	310026075	SARL SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	49 allée Charles de Fitte 31300 TOULOUSE
Etablissement de santé	310026083	CLINIQUE SAINT-CYPRIEN RIVE GAUCHE	49 allée Charles de Fitte 31300 TOULOUSE

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	128	/	31
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	56	/	7
MCO	Médecine	15	7	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Homme	Médecine	Coronarien. Embolisation de l'artère rénale	HC	Complexe	MCO
2	Femme	Médecine	Coloscopie diagnostique	HDJ	Simple	MCO
3	Enfant	Chirurgie	Pace-Maker	HC	Complexe	MCO
4	Femme	Chirurgie	Cataracte	HDJ	Simple	MCO
5	Femme	Obstétrique	Césarienne en urgence	HC	Complexe	MCO
6	Femme	Obstétrique	Accouchement voie basse	HC	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

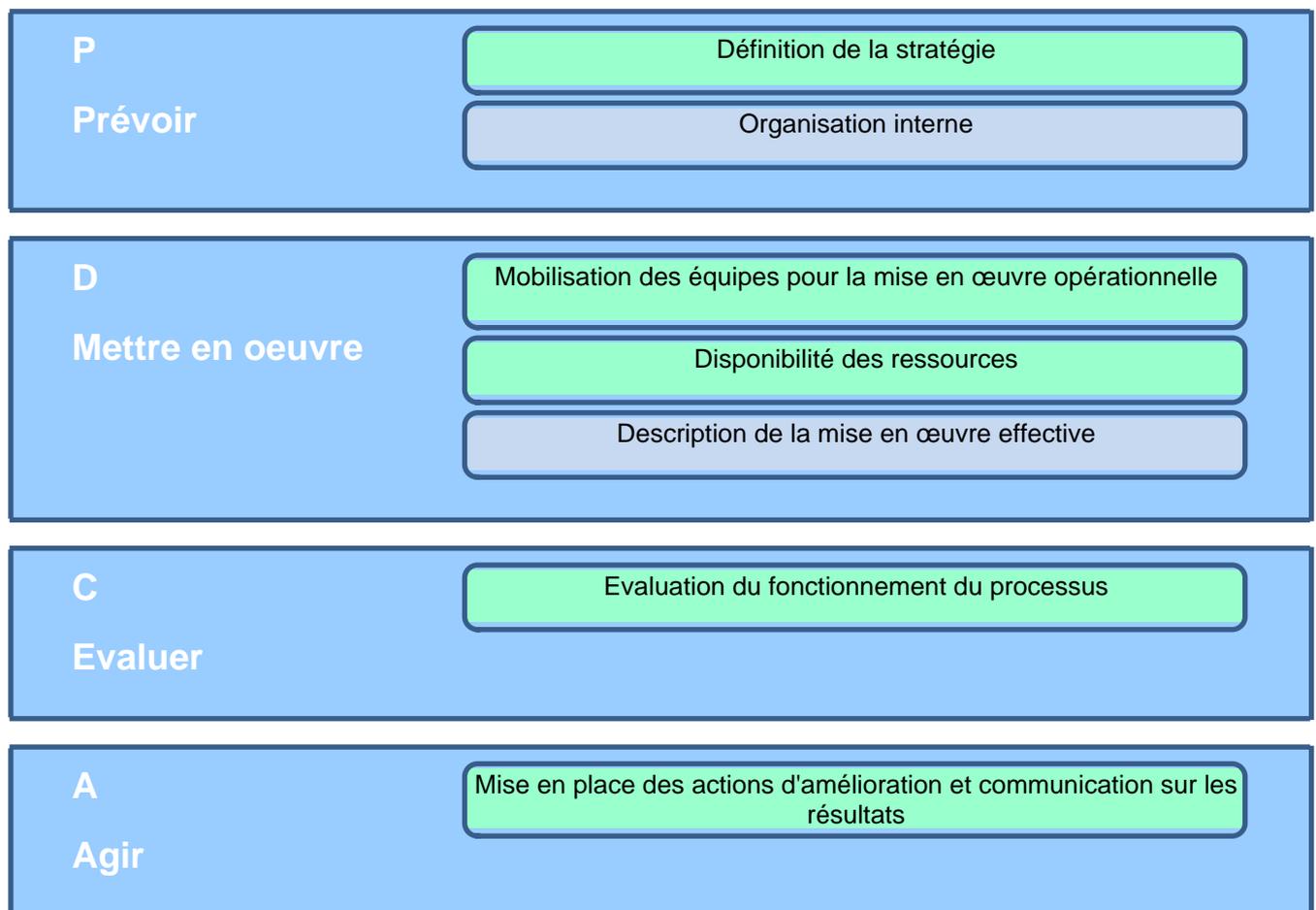
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Rive Gauche, membre de l'alliance des cliniques "clinavenir", dispose des autorisations de chirurgie, médecine et obstétrique. Les orientations stratégiques 2016-2021 de l'établissement décrivent l'ensemble de sa politique stratégiques par grands thèmes en reprenant également l'ensemble des projets. Ces orientations ont été construites puis validées en étroite collaboration entre la direction et la Commission Médicale d'Établissement. Le binôme direction / CME permet le développement d'une stratégie sur le long terme basée sur des projets réfléchis, maîtrisés et collaboratifs, en étroite collaboration. L'implication de l'établissement dans différents réseaux permet la mise en action de projets d'envergure régionale ou nationale. L'établissement a défini et formalisé une politique qualité et gestion des risques tant a priori qu'a posteriori, déclinée en différents objectifs tels que: obtenir la reconnaissance externe de la qualité des soins, assurer des soins dans les conditions optimales de qualité et de sécurité, impliquer les professionnels à tous les stades de la démarche, développer la culture qualité et sécurité... Ces axes ont fait l'objet d'une présentation et d'une validation en CME ainsi que d'une présentation en Commission Des Usagers (CDU). Un comité de pilotage de la commission d'évaluation de Pratiques Professionnelles (EPP) est formalisé et validé. Il dispose d'un règlement intérieur validé en CME. La direction, le Comité de direction (CODIR) et la CME sont les organes stratégiques de la politique qualité et gestion des risque, laquelle fait l'objet d'un déploiement opérationnel suivi par le comité de pilotage qualité gestion des risques, ainsi que la coordination des vigilances. Les résultats issus des analyses de risques alimentent le Plan d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS). Les risques prioritaires alimentent quant à eux le compte qualité. Le PAQSS est revu systématiquement lors des réunions des différentes instances, lors des réunions du comité de Pilotage Qualité Gestion Des Risques (soit 3 fois par an) et lors des revues de processus annuelles avec chaque pilote.

ORGANISATION INTERNE

Le processus de management de la qualité et de la gestion des risques est piloté par la responsable Assurance Qualité et par son assistante qui forment la cellule qualité. La responsable assurance qualité a également été nommée coordonnateur des risques associés aux soins. Les fiches de fonction ont été établies et validées par chaque acteur. Chaque pilote a été formé à l'approche processus et dispose d'un "KIT PROCESSUS", guide d'analyse et outils d'analyse des processus. Chaque pilote de processus a été nommé et à fait l'objet d'une fiche de missions qui a été validée et signée. La CME est chargée d'élaborer et de suivre les programme d'évaluation des pratiques professionnelles en collaboration avec la responsable qualité, au travers de la commission EPP. Les accréditations des médecins sont recensé via cette commission. Le comité de pilotage qualité gestion des risques est chargé de définir et de suivre opérationnellement le programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques et de garantir le suivi des priorités annuelles. Il est composé de l'ensemble des pilotes de processus, de la direction, des vigilants, des référents et des représentants des usagers.

La veille réglementaire et sanitaire est assuré par la direction mais également par la cellule qualité.

Le Document Unique d'Évaluation des Risques (DUER) est à jour et réactualisé régulièrement. Il a été présent aux Instances Représentatives du Personnel.

Les différentes commissions sont en place (CLIN, CLUD, CLAN, COMEDIMS, CSTH, CDU, sous commission EPP...). Elles ont pour missions de réaliser l'analyse des risques a priori et a posteriori et de mettre en place les actions d'améliorations. Chaque instance a établi une politique, un règlement intérieur qui fixe son organisation et la liste de ses membres. L'ensemble des documents relatifs à chaque instance est accessible par tous les professionnels au travers de la gestion documentaires en place dans l'établissement. Il existe une commission RMM avec une charte de fonctionnement, divisée en 2 sous commissions, pour l'obstétrique, et pour la médecine et la chirurgie. Les réunions de RMM sont à fréquence régulière. Des RCP en chirurgie gynécologique, digestive et ORL sont organisées deux fois par mois.

Un livret d'accueil est distribué à les nouveaux arrivants, dont la formation est organisée avec un tutorat, et tracée. Un plan de formation détaillé est en place, validé par les instances représentatives du personnel. Le recueil des besoins est organisé via les fiches de paye du mois de Septembre et lors des entretiens individuels. La clinique Rive gauche est également accréditée organisme OGDPC et propose des formations validantes aux professionnels de santé.

Un dispositif de signalement des événements indésirables (EI) est accessible à tous les professionnels via le système de gestion documentaire. Les EIG ou EPR donnent lieu à analyse en CREX ou RMM. La cellule

des événements indésirables est composée de la direction, des cadres et de certains médecins.

Un dispositif de Gestion Documentaire (GED) est en place et connu de tous. Les règles de rédaction, de vérification et de validation des documents sont établies via une "Procédure des Procédure".

Les locaux et équipements sont prévus pour la bonne gestion du processus du management de la qualité et la gestion des risques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels a été réalisée par les pilotes de chaque processus et par les instances qui les accompagnent, en lien avec les services. La responsable qualité s'assure de la mise en œuvre méthodologique à l'occasion de réunions régulières avec les pilotes, et lors des réunions d'instance. Les professionnels de santé sont régulièrement informés et sensibilisés sur les objectifs en cours et leurs avancements, via les réunions d'instances, les référents dans les services et les réunions de services où intervient régulièrement la cellule qualité. Ces réunions donnent systématiquement lieu à comptes-rendus. Le journal interne offre un point général et régulier sur la démarche qualité et gestion des risques. Les déclarations d'événements indésirables font l'objet d'un suivi au déclarant incluant le résultat de l'analyse ainsi que d'un retour dans les services concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'ensemble des pilotes de processus a été formé à la démarche qualité. La formation du nouvel arrivant est organisée tant pour le nouveau médecin que pour le nouveau salarié. Le médecin bénéficie d'une formation spécifique à l'antibiothérapie par le pharmacien référent et le médecin infectiologue, et à la gestion des risques par la cellule qualité. Une place importante est donnée à la formation dans l'établissement tant par le biais de formations externes (risques et danger de la médication, réanimation simulateur en salle de naissance - module 1 et 2, portage bébé, massage bébé, hygiène et entretiens de locaux, techniques de communication et affirmation de soi) que de formations internes (rappel sur la pré désinfection, traçabilité et traitement DM au bloc opératoire. Des formations diplômantes sont accessibles (contrat de professionnalisation...). La GED intègre les règles de rédaction, de vérification, de validation et de mise à jour des documents qualité. Tous les professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel. Les locaux et équipements mis à disposition pour le management et la qualité des risques sont adaptés et entretenus. Le matériel informatique est très présent dans l'ensemble des secteurs de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité de l'établissement connaissent et mettent en œuvre le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques. Les réunions, au minimum trimestrielles, font l'objet d'un compte rendu disponible sur la GED. Les référents dans les services sont garants de l'implication opérationnelle des instances. La démarche d'évaluation et gestion des risques à priori est effective dans l'ensemble des secteurs. Les actions correctives font l'objet d'un affichage qui en permet la diffusion. La communauté médicale est impliquée dans la démarche d'EPP. De nombreux audits sont conduits dans l'établissement et font l'objet d'un suivi régulier de la part des pilotes et avec retour aux équipes. Le planning des RMM est affiché dans les services pour faciliter la participation des personnels. Les analyses sont réalisées selon la méthode ALARM. Les RCP sont également en place et formalisés selon une procédure précise. Le dispositif de vigilances est connu par l'ensemble des personnels. Les alertes ascendantes ou descendantes sont en place et fonctionnelles. Le Plan Blanc et le plan de sécurité de l'établissement sont connus des personnels et réactualisés autant que de besoin. Les affichages respectent la réglementation. L'exploitation des plaintes et réclamations est organisée opérationnelle. Les données produites contribuent à l'élaboration et la mise à jour du programme d'amélioration de l'accueil et de la prise en charge du patient. Les représentants des usagers sont fortement impliqués dans la vie de l'établissement. L'ensemble des personnels est impliqué dans la démarche qualité et témoigne d'une réelle appropriation de la méthode et de ses objectifs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement du processus management qualité gestion des risques de l'établissement est assurée par le biais d'indicateurs, dont les indicateurs nationaux (IQSS), des enquêtes de satisfaction à l'attention de usagers réalisées dans chaque secteur, ainsi que l'indicateur e-satis. L'établissement planifie et réalise des évaluations des processus, des audits, des enquêtes de satisfaction, et des suivi d'indicateurs. Le processus qualité gestion est également évalué par le biais des patients traceurs. Des

indicateurs spécifiques pour le processus management qualité des risques sont exploités (nombre d'EPP réalisées, nombre de personnes formées à la gestion documentaire, nombre d'EI déclarés, nombre de RMM, de CREX...). La cellule des événements indésirables se réunit 2 fois par an avec présentation semestrielle du bilan des EI, CREX RMM...ainsi qu'un bilan détaillé par thématique. Les axes et actions d'améliorations mis en place sont également présentés à cette occasion. Des bilans annuels d'activité sont réalisés par chaque pilote en collaboration avec la cellule qualité au regard de leurs indicateurs. Ces bilans sont présentés dans chaque instance et en CME en début d'année. Le bilan des questionnaires de satisfaction ainsi que des résultats annuels de l'enquête e-satis font l'objet d'une présentation annuelle en CDU.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus lors des différentes évaluations. Elles sont validées en comité de pilotage et au sein de chaque instance. Les usagers participent aux actions d'améliorations avec des propositions écrites d'améliorations inscrites dans le programme de la CDU. Chaque cartographie des risques est actualisée en fonction des actions décidées. Ces actions sont articulées et intégrées dans le PAQS. La communication est assurée par les différentes instances, par les référents et les réunions de service. Le journal interne de l'établissement est également un vecteur de communication. Les axes prioritaires du compte qualité ont été communiqués à l'ensemble des salariés via la fiche de paye. La communication externe est assurée par le site internet et les réseaux sociaux.

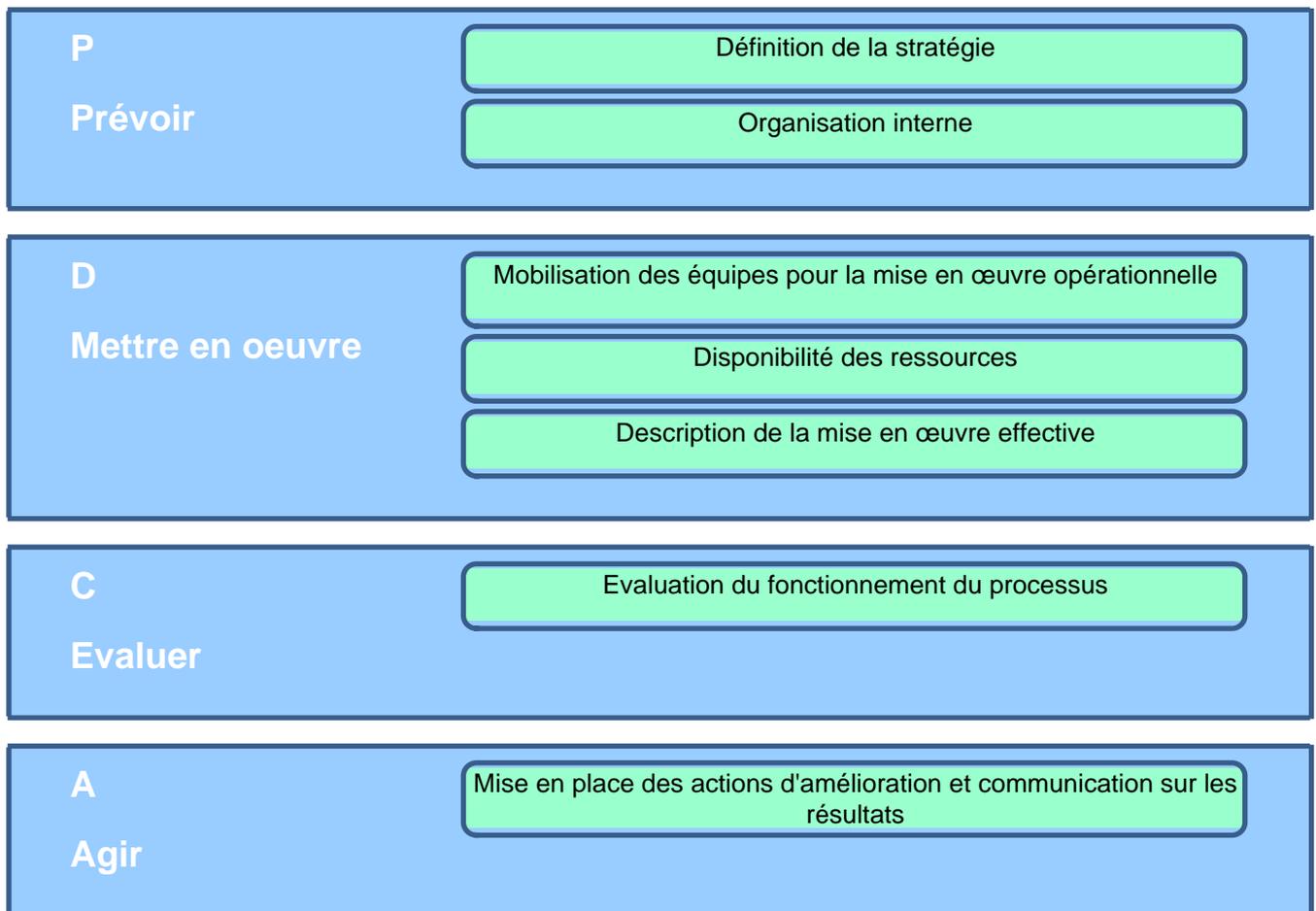
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le projet médical définit la stratégie et les objectifs de la gestion du risque infectieux, selon un programme d'action qui se décline autour de la surveillance, la prévention, la maîtrise et l'évaluation. Cette politique a identifié 6 objectifs principaux :

- orienter les actions de manière à satisfaire les objectifs déclinés dans le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS)
- mettre en œuvre des actions de prévention, de surveillance et d'évaluation des pratiques professionnelles
- développer des démarches de gestion des risques relatifs aux risques infectieux
- assurer le recueil des indicateurs nationaux des infections nosocomiales
- prévenir l'émergence et maîtriser les bactéries multirésistantes par l'application d'une politique d'antibiothérapie maîtrisée et des recommandations de bonnes pratiques d'hygiène
- associer et impliquer le patient / usager à la prévention du risque infectieux.

La politique de gestion du risque infectieux a pour ambition de mobiliser l'ensemble des acteurs. Elle s'inscrit dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et gestion des risques. Un bilan des actions et un plan de maîtrise du risque infectieux sont présentés chaque année en CME par le CLIN. L'établissement a identifié ses besoins, analysé et hiérarchisé ses risques avec les professionnels de terrain, référents dans chaque secteur de soins. Les risques prioritaires mobilisés dans le compte qualité ont été identifiés à partir d'une réflexion collective tenant compte des indicateurs nationaux et des indicateurs internes à l'établissement, des EPP, des résultats d'audits... Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et permettent d'identifier des priorités d'amélioration. La mise en œuvre de cette politique est déclinée dans un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus fait l'objet d'une organisation et repose sur 4 pilotes: le pharmacien référent antibiothérapie, le cadre du service de maternité qui a un DU d'hygiène, le médecin infectiologue et la responsable qualité. Les rôles et missions sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions. La politique et le pilotage institutionnel sont assurés par le CLIN, où siègent régulièrement les usagers, ainsi qu'un biologiste en partenariat avec l'établissement et le médecin du travail. Le pilotage opérationnel de ce processus est assuré par l'ensemble des pilotes ainsi que par l'équipe EOH et les référents dans les services (principalement membre du CLIN), issus de toutes les professions para médicales et d'entretien. Ils sont au sein des services clairement identifiés et transmettent toutes les informations nécessaires. Une charte de collaboration entre le référent antibiothérapie/ Pharmacien/ Infectiologue et microbiologiste est rédigée. Le plan de formation est élaboré et favorise la formation diplômante, notamment en hygiène. Il est complété par de nombreuses formations pratiques à destination des équipes: hygiène des mains, précautions complémentaires. Ces formations font l'objet d'une traçabilité. Le livret d'accueil intègre la présentation du CLIN et de l'EOH. La participation aux journées nationales et régionales est effective. Les protocoles, affichages, enregistrements, notes de services ... sont disponibles dans la GED maîtrisée par l'ensemble des personnels. Une communication sur les antibiotiques est adressée par mail à l'ensemble des médecins. Le signalement d'une BMR est organisé par le laboratoire de bactériologie qui prévient par mail et fax le médecin infectiologue, le cadre du service et la cellule qualité. Les mesures protectrices sont mises en place immédiatement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison avec la démarche institutionnelle et l'identification des risques du compte qualité. Ces actions sont inscrites au plan d'action annuel du CLIN Et de l'EOH et intégrées au PAQ de l'établissement. L'action du CLIN relayée par l'encadrement permet la sensibilisation des personnels sur les risques identifiés de chaque secteur. Les circuits des déchets et du linge respectent la réglementation. La gestion des excréta fait l'objet d'un protocole connu de tout le personnel. Des actions correctives sont identifiées lors de dysfonctionnements ou d'indicateurs en baisse. Un recueil et une analyse des EI avec un retour aux équipes permettent la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration, en association avec les personnels. L'ensemble des nouveaux protocoles, résultats d'audits et enquêtes est présenté lors des réunions de CLIN, puis aux équipes via les référents dans les services.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles sur l'ensemble de l'établissement. Un pharmacien salarié est référent pour l'antibiothérapie. Un médecin infectiologue, praticien libéral, intervient régulièrement, et le dispositif est complété par la cadre sage femme en charge de l'hygiène. De nombreuses formations en hygiène sont proposées par l'établissement. Les formations sur les précautions standard ont permis de sensibiliser l'ensemble du personnel et de créer des fiches pratiques utilisés par tous. Le personnel d'entretien bénéficie d'une formation externe sur l'hygiène des locaux. Le matériel nécessaire à la bonne organisation du circuit des déchets, et notamment des DASRI est disponible dans chaque unité. Les locaux de stockage intermédiaire sont identifiés et sécurisés dans chaque service. Les protocoles et procédures spécifiques ou affichage relatifs à l'hygiène sont à disposition des personnels. Les contrôles réglementaires air, eau surfaces sont réalisés et tracés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des secteurs de soins connaissent l'organisation définie et mettent en oeuvre les protocoles établis pour le bon fonctionnement du secteur et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre les secteurs de soins sont sécurisées. Du fait des travaux en cours, le CLIN travaille avec le maître d'ouvrage pour l'organisation des circuits et la mise en place des mesures d'hygiène nécessaires à la bonne continuation de la prise en charge des patients. Les procédures spécifiques à la gestion du risque infectieux sont utilisées par le personnel soignant notamment en cas de disposition particulière lors d'un isolement septique. Le médecin infectiologue a travaillé en étroite collaboration avec les chirurgiens orthopédistes et a mis en place une procédure pour les patients à risques. Ils sont vus systématiquement par le médecin infectiologue et doivent prendre avant l'intervention un probiotique et de la vitamine D. Cette démarche a été validée par les différentes instances. Le recours aux molécules génériques est favorisé au sein de l'établissement. La réévaluation du traitement antibiotique est réalisée à 72h par le pharmacien et toujours à dispensation nominative. Il existe une pharmacie d'urgence pour les principaux antibiotiques, qui sont à dispensation contrôlée. Une astreinte pharmacien est assurée le WE. Le pharmacien suit les prescriptions informatisées dans le logiciel patient. Les prescriptions sont justifiées par le prescripteur dans le dossier patient. Certaines prescriptions nécessitent cependant l'aval du médecin infectiologue. Le personnel a à sa disposition l'ensemble du matériel nécessaire (gants plateaux, tablier ...) et assure la traçabilité de ses actions dans le dossier patient. La procédure AES est connue des professionnels et mise en oeuvre le cas échéant. L'ensemble des AES fait l'objet d'une déclaration et d'une analyse. Les déchets sont gérés selon les bonnes pratiques en vigueur et en tenant compte des circuits (également lors des travaux). La traçabilité des actions concernant l'entretien des locaux est effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CLIN et l'EOH assurent régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre du processus de gestion du risque infectieux, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité...). La clinique participe au recueil d'indicateurs nationaux ICALIN, ICSHA2, ICABMR, ICATB2, BN SARM, ICALISO. L'établissement participe également aux enquêtes nationales de prévalence. Les équipes de bio nettoyages réalisent des audits sur l'hygiène des locaux et sur des thèmes en lien avec l'hygiène. Des prélèvements particuliers de surface, d'air et d'eau sont régulièrement réalisés. Les qualifications du bloc opératoires sont assurées (la clinique dispose de 10 salles ISO 5 notamment dédiées à l'orthopédie et l'ophtalmologie, et de 6 autres salles ISO 7). Des indicateurs spécifiques relatifs à la consommation d'antibiotiques ont été mis en place par le pharmacien et le médecin infectiologue, mais également sur les antibioprofylaxies et la réévaluation de l'antibiothérapie. L'établissement mène plusieurs audits en rapport avec les risques infectieux : bonnes pratiques hygiène des mains, préparation pré-opératoire du patient, cathéter veineux périphérique en néonatalogie, audit des tenues au bloc opératoire... Les précautions standards font l'objet d'une évaluation régulière. Un suivi régulier de la progression des indicateurs permet de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux. Des EPP sont initiées et suivies notamment sur l'antibioprofylaxie. Un bilan de la mise en oeuvre du processus risque infectieux est établi annuellement et présenté en CME. Les déclarations e-sin pour le signalement des IAS sont faites si besoin.

A / AGIR

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

Des plans d'actions sont mis en oeuvre à l'issue des bilans des indicateurs. Ils sont intégrés dans les actions planifiées pour renforcer la qualité et la gestion du risque infectieux. La communication interne des résultats et des actions d'améliorations, est assurée par le journal interne. Chaque numéro comprend un article concernant le risque infectieux, des objectifs et axes d'amélioration. Des réunions de services

sont organisées par les cadres pour diffuser les informations. La communication externe est assuré par affichage dans le hall d'accueil et sur le site internet de établissement.

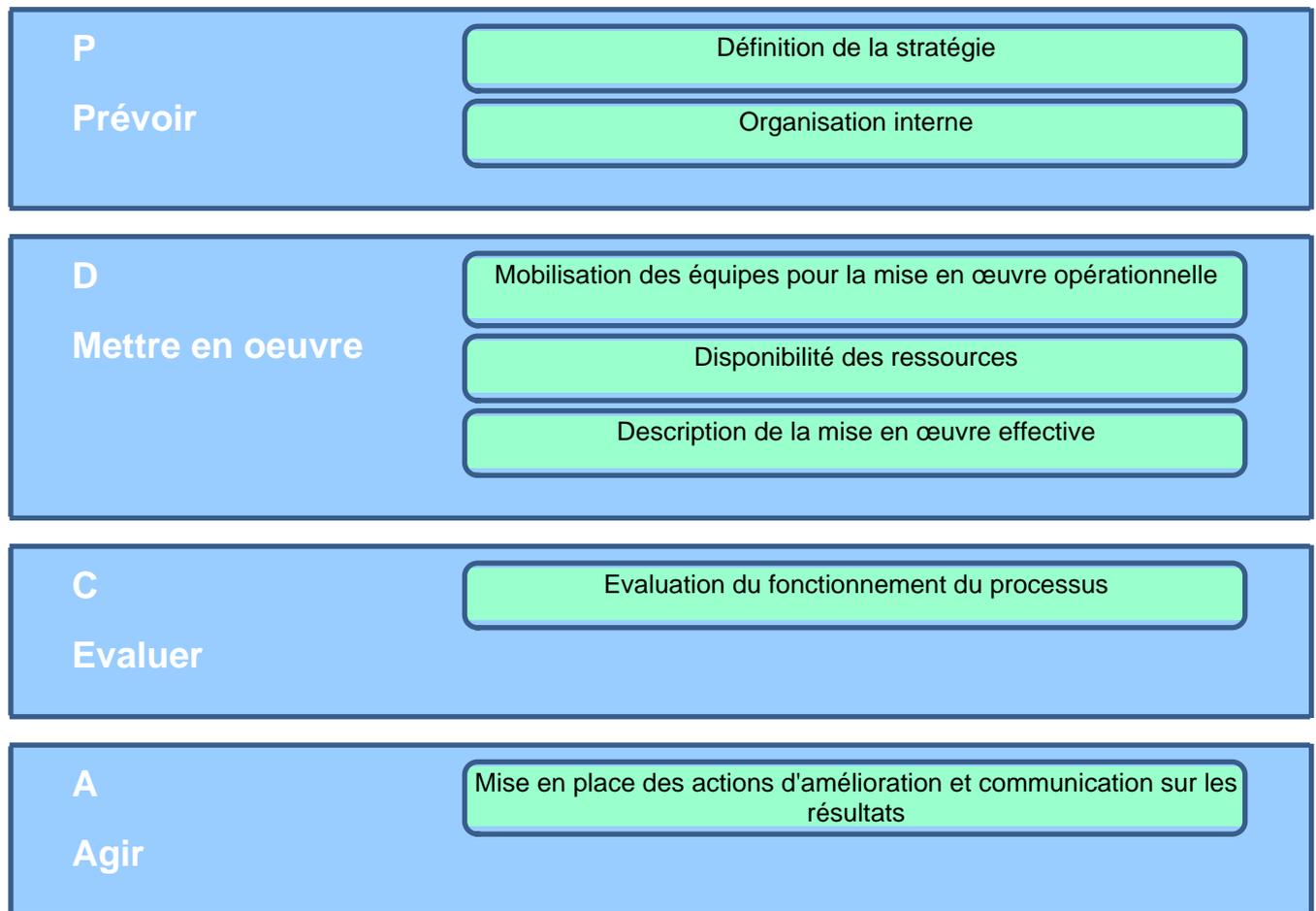
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Rive Gauche a défini des axes stratégiques pour l'amélioration du processus des droits des patients. Sa politique est centrée en matière de bienveillance et de maltraitance sur la prise en charge du patient et de son entourage. Cette politique encourage les actions en faveur du bien être et est incarnée au niveau institutionnel afin de repenser les besoins du patient. La lutte contre la maltraitance est indissociable des pratiques professionnelles au contact des populations vulnérables. De nombreux objectifs sont définis: prévenir la maltraitance au sein de l'établissement et à l'extérieur grâce à une procédure de signalement; promouvoir la bientraitance, le respect des droits fondamentaux du patient, la confidentialité des données; orienter les actions selon les recommandations nationales; favoriser l'accueil et l'accompagnement de l'entourage; renforcer la participation des usagers; renforcer l'information des patients sur leurs droits et sur les missions de la CDU. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé avec des objectifs définis. Ce travail est élaboré en partenariat entre la Commission des Usagers (CDU) et les représentants des usagers. Les risques identifiés dans le compte qualité sont en lien avec les objectifs de la politique des droits des patients. Ils sont issus de la cartographie des risques a priori, des événements indésirables, des plaintes et réclamations et sont intégrés au PAQSS. Le compte qualité a été complété et remis à jour en juin 2017. Le programme d'action est priorisé, les actions sont identifiées et un échéancier établi. Pour chaque action, un responsable est nommé. Les modalités de suivi sont effectuées en COPILQGDR et en CDU. Le compte qualité a été présenté en CDU et validé par la commission médicale d'établissement (CME). La CDU participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement pour l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Elle veille au respect des droits, contribue à, l'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients et de l'entourage, facilite les démarches des usagers, émet des avis et fait des propositions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est organisé, et assuré par la Directrice du pôle mère/enfant, titulaire d'un DU Droit Médical et membre de la CDU et de l'assistante de direction titulaire d'un DU médiation, présidente de la CDU et médiateur non médical. Les missions sont définies dans la fiche de mission signée des pilotes et validée par la CME. 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 fixé. Des formations institutionnelles internes ou externes sont programmées et figurent sur le plan de formation (réfèrent vulnérabilité, accompagnement à la communication non verbales parent- bébé, fait religieux au sein des établissements, la laïcité à l'épreuve du soins..). La structuration du système d'information permet l'accessibilité des documents en fonction des besoins des professionnels. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est organisée et diffusée via les livrets d'accueil(hospitalisation conventionnelle, ambulatoire,) les chartes (bloc, charte de bientraitance, charte de l'enfant hospitalisé, charte en obstétrique, devoirs des usages), le comité d'éthique, l'organisation annuelle de la journée des usagers, la journée naissance. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la commission des usagers. Les sources des données utilisées par l'établissement pour réaliser son analyse des risques sont: les questionnaires de satisfaction, les audits, l'étude des événements indésirables, le suivi des plaintes et réclamations, les résultats des indicateurs, les enquêtes sur la bientraitance et le respect de l'intimité, de la confidentialité des informations, les comptes rendus du comité d'éthique, les informations dont disposent les usagers. Les risques sont hiérarchisés et des points d'amélioration sont définis. La gestion des plaintes et réclamations est organisée et articulée avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Le respect des droits est inscrit dans les orientations stratégiques. La promotion des libertés individuelles est intégrée dans le projet de soins. Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est organisé. De nombreuses chambres seules et des salons d'attente permettent le respect de la dignité des patients. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur : personne de confiance, contentions. L'accueil des patients et le soutien de l'entourage sont personnalisés. Des professionnels qualifiés psychologues, IDE d'annonce, assistantes sociales contribuent à cet accueil

adapté. Le respect de la liberté individuelle des patients a fait l'objet d'une réflexion au niveau de l'établissement pour permettre une meilleure adaptation des pratiques. Un travail sur la contention a été réalisé tant sur le matériel à disposition que sur la prescription. Des audits dossiers permettent au professionnels d'adapter leur pratique. Des autoévaluations sur la bientraitance ont été diligentées. Les analyses des Fiche d'événement Indésirables (FEI) permettent aux professionnels d'étudier leur pratiques en comité de retour d'expérience (CREX). Les cadres et référents des secteurs organisent l'information des professionnels de terrain et s'assurent du respect des procédures et de la conformité des pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les responsables des unités de soins (RUS) disposent des ressources et compétences adaptées au terrain de leurs activités. Les professionnels sont formés aux droits des patients, au respect de la confidentialité, à la prise en charge de la douleur. Des personnes ressources sont formées à la douleur, un e-learning sur le sujet est prêt à la diffusion sur les postes informatisés, un médecin est référent fin de vie, deux référents vulnérabilité sont nommés. Cinq IDE sont formées au dispositif d'annonce. Des psychologues, assistantes sociales sont disponibles et à l'écoute des patients et de leur famille et des professionnels de santé. Des conventions sont signées avec des établissements dans le cadre des soins palliatifs. Les ressources en matériels sont disponibles dans les secteurs. Les chambres doubles sont équipées de rideaux. Un système sécurisé par professionnel et profil permet l'accessibilité au dossier patient. Le matériel biomédical est à la disposition des professionnels. La GED est organisée par thématique et accessible depuis chaque poste. Les salles de soins sont toutes sécurisées ce qui facilite la sécurité des données notamment du dossier patient. Un Intranet à disposition des professionnels permet l'accès aux comptes rendus des commissions notamment ceux de la CDU. La gestion documentaire prend en compte la communication des réclamations, la procédure d'accès au dossier patient, la personne de confiance et l'information sur les directives anticipées. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies en interne et pour l'externe. Une autorisation d'opérer pour les patients mineurs est effective et requiert la signature des deux parents.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La signalétique a été adaptée à l'établissement. L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité et les horaires de visites adaptés pour les familles en cas de besoin. Des prestations hôtelières sont à la disposition des accompagnants (self, repas accompagnant). Le comité d'éthique a travaillé sur la fin de vie, les erreurs médicamenteuses, la laïcité avec le conseil de l'ordre des médecins, la bientraitance. Il se réunit plusieurs fois par an avec les représentants des usagers. Un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés incluant la démarche structurée d'information en cas de dommage liés aux soins est élaboré. Le projet personnalisé de soins tient compte des différentes vulnérabilités et besoins dans l'ensemble des secteurs: maternité, cancérologie... Les convictions religieuses sont prises en compte dans les menus proposés aux patients. L'organisation des pratiques permet le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les dispositions retenues dans le domaine des droits des patients. Un pap'atelier a destination des papas qui rencontrent un médecin gynéco homme afin d'expliquer la grossesse est mis en place. La journée naissance avec présence de la PMI, de l'UNICEF, des associations de gardes d'enfants des crèches, des conférences, des ateliers permettent aux mamans invitées sur les réseaux sociaux et lors de leur visite de grossesse de poser toutes les questions. La journée des droits et devoirs des usagers qui se déroule une fois par an en collaboration avec les représentants des usagers et des professionnels de l'établissement à destination du public permet au travers de jeux, de quizz et de dépliants de faire connaître le rôle des représentants des usagers auprès du public. Les plaintes et réclamations sont traitées en lien avec les professionnels concernés. Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles sanctions correctives mises en œuvre.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'exploitation quantitative et qualitative des plaintes et réclamations incluant le suivi du délai de réponse contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge. Les indicateurs nationaux sont recueillis (identité de la personne de confiance, identité de la personne à prévenir) ainsi que les indicateurs Hôpital numérique. Des audits sur le taux de satisfaction en chirurgie et en pédiatrie ou la prise en charge de la douleur sont organisés. Des indicateurs sur la satisfaction de la confidentialité à l'accueil, la satisfaction des accompagnants, le taux de retour des questionnaires de satisfaction ou le respect des droits des patients sont suivis. Des EPP sont menées notamment sur la bientraitance. L'enquête ISATIS fait l'objet de mesures d'amélioration (achat de lits accompagnants). Les résultats sont étudiés et suivis par les instances : COPIL, CDU, CME.

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

Les actions d'amélioration mises en place suite aux résultats de l'enquête ISATIS (amélioration de la restauration), des indicateurs nationaux (traçabilité de la personne à prévenir, de la personne de confiance), des résultats des questionnaires de satisfaction, des plaintes et réclamations sont engagées avec le concours des différentes commissions et des représentants des usagers. L'établissement apporte des améliorations concernant la transmission des dossiers aux patient. Les résultats des évaluations et du suivi des indicateurs sont communiqués aux professionnels ainsi qu'aux membres de la CDU lors des réunions de service, via le journal interne ou l'intranet.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

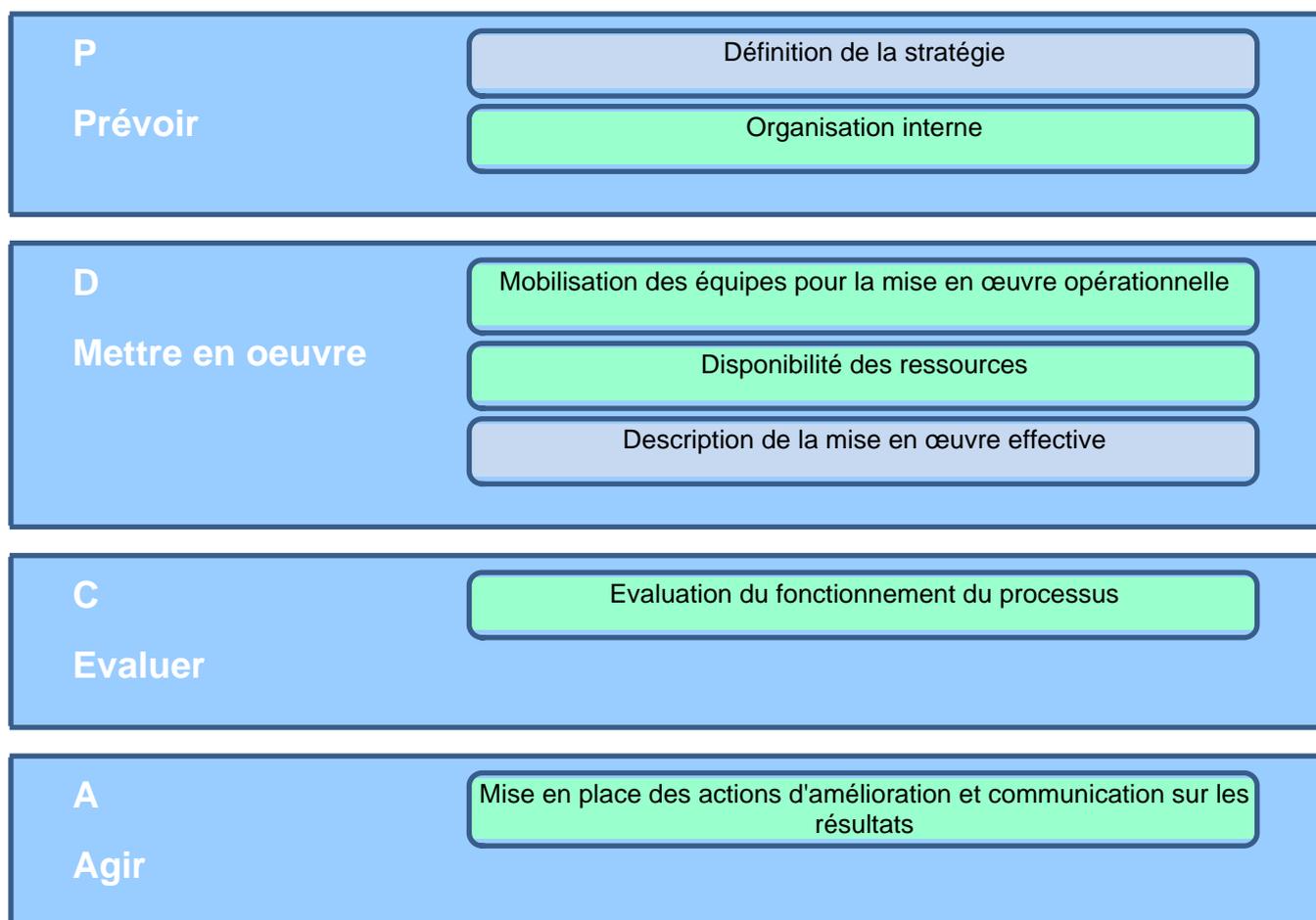
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Rive Gauche est née le 1er novembre 2015 de la fusion des cliniques Sarrus Teinturiers et Saint Nicolas, deux établissements partageant le même immeuble hospitalier. Elle prend en charge des patients en chirurgie (orthopédie, digestif viscéral, gynécologie, chirurgie pédiatrique, vasculaire, ORL et reconstructrice et esthétique), obstétrique et médecine. La maternité est de type IIa avec un secteur de néonatalogie. La stratégie de la clinique Rive Gauche prend en compte les besoins de la population de son territoire de santé définis dans les schémas de planification sanitaire, en lien avec le CPOM 2013-17 de St Nicolas et 2013-17 des Teinturiers, contractés avec l'ARS Occitanie. La politique de la prise en charge et de l'amélioration du parcours patient, en lien avec la politique qualité et gestion des risques, est déclinée dans les orientations stratégiques 2016-21 rédigées par les professionnels et présentées aux instances. Elle est composée de trois volets : projet médical, projet de soins, projets transversaux. Les projets transversaux regroupent : risque Infectieux, droit des patients, bientraitance/maltraitance, douleur, fin de vie, nutrition, éthique, identitovigilance et prise en charge médicamenteuse du patient. Une analyse des risques propre à l'établissement a été réalisée avec les professionnels de terrain, créant différentes cartographies présentées en CME. Elle s'est également appuyée sur les questionnaires de satisfaction, les FEI, les plaintes et réclamations, les EPP, RETEX, RMM. Elle a été conduite sur l'ensemble des critères du processus « parcours patient » pour chaque type de prise en charge (parcours ambulatoire, parcours chirurgie, parcours médecine, parcours pédiatrie, parcours néo-nat, parcours maternité) permettant pour chaque étape du parcours patient d'identifier les actions d'améliorations portées dans le PAQSS et pour certaines dans le compte qualité. Chaque action a un pilote désigné, des modalités de suivi et des échéances définies. L'information aux professionnels se fait par le « journal de la clinique » accrochée à chaque bulletin de salaire, et transmis par messagerie électronique à chaque médecin. Par ailleurs, depuis trois ans, l'établissement invite toutes les équipes de la clinique, les médecins et leur secrétariat, pour une revue exhaustive de l'année.

ORGANISATION INTERNE

Un groupe de travail spécifique à chaque parcours est en charge du pilotage et de l'analyse de ce processus, en lien avec le service qualité. Une fiche de mission dûment signée est disponible pour chaque membre.

L'établissement a identifié et prévu les ressources, moyens, circuits et interfaces pour atteindre les objectifs qu'il s'est fixé dans sa politique en matière de parcours patient. Il existe une adéquation des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins de prise en charge du patient. L'établissement fait parfois intervenir des intérimaires pour les services de soins mais jamais en service de maternité (remplacement ponctuels). Il existe un pool de vacataires CDI. Le plan de formation cible des actions permettant la mise en place des actions d'amélioration identifiées lors de l'analyse des risques : le personnel a notamment été formé à la gestion du stress, situations et gestes d'urgence en chirurgie pédiatrique, prise en charge de l'enfant et de son entourage (douleur et anxiété péri opératoire), les fondamentaux de l'homéopathie, accueil et agressivité des patients, prise en charge de la douleur, risque suicidaire, identitovigilance, diabète gestationnel...

Quant aux praticiens, différentes formations leur sont proposées, comme dernièrement « Damage control ». L'association des praticiens assure également des formations pour tous les médecins du secteur telles que : soins palliatifs, cardiologie interventionnelle, ORL enfant et adulte, ophtalmologie, cardio-pédiatrie, etc ...

On retrouve un dispositif structuré de gestion documentaire en interne. Par voie d'intranet, une bibliothèque qualité est accessible à tous, regroupant l'ensemble des procédures, doublée d'autres moyens de communication comme la diffusion mensuelle du journal interne, les notes de service, les réunions de service.

La permanence des soins 24h/24 est assurée. Des règles de présence et un système d'astreinte sont mis en place et disponibles sur la base informatique. Un dispositif adapté des urgences vitales est en place. Des chariots spécifiques, harmonisés, comportant un défibrillateur semi-automatique, sont présents dans les services, plombés et dûment contrôlés. Les professionnels disposent des matériels et équipements nécessaires à la prise en charge des patients. Les locaux sont adaptés à l'accueil des personnes handicapés et permettent des colloques singuliers si besoin lors des annonces médicales.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre secteurs d'activité (fiche informatique de liaison service/bloc, puis bloc/service ; fiche de liaison établissement / domicile ou inter service).

La prise en charge sociale de certains patients de l'établissement est reconnue par l'ARS car la clinique bénéficie de MIG (Mission d'Intérêt Général).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables de chaque service de la clinique Rive Gauche organisent la déclinaison du programme institutionnel, en objectifs et plans d'actions opérationnels concernant le parcours patient. Les différents responsables de service, avec le service qualité et les pilotes du processus, sensibilisent les professionnelles sur les risques identifiés: réunions informelles, notes de services, mails au pôle mère-enfant. Le journal interne distribué tous les mois, est aussi vecteur d'information de cette démarche.

Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues : remise du livret d'accueil, évaluation initiale du patient à son arrivée, prise en charge de la douleur, évaluation nutritionnelle ou encore traçabilité effective de l'ensemble des données dans le dossier. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration au travers de diverses évaluations : EPP, CREX, RMM, RCP, audits internes et externes, déclaration FEI. Leur participation active à l'élaboration de procédures leur permet de s'approprier la déclinaison de cette démarche qualité et gestion des risques au niveau du parcours patient. De nombreuses actions correctives sont identifiées. On peut noter par exemple : l'harmonisation des chariots d'urgence, proposition d'une formation douleur en continu (e-learning en cours de mise en place), lettre d'information du patient sur Fastrack, création d'une fiche de liaison post-partum, lettre de sortie type (pour aide à la rédaction) pour la néo-natalogie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La clinique Rive Gauche s'assure de la mise en œuvre d'effectif suffisant dans chacun de ses services (existence d'un pool de vacataires internes) ainsi que des compétences nécessaires à la bonne prise en charge du patient. L'établissement dispose d'une équipe de praticiens multidisciplinaires facilement accessible pour toute demande d'avis médical dans leur spécialité. Lorsque leur compétence n'est pas disponible dans l'établissement, une liste de correspondants extérieurs est disponible. L'établissement peut également faire appel à des équipes spécialisées si nécessaire comme l'équipe mobile de soins palliatifs. Différents types de formations sont proposés aux personnels (sur la douleur, plaie et cicatrisation, gestion du stress et usure professionnelle, ...). On note la présence de personnes ayant un DU comme par exemple sur l'allaitement, l'échographie, l'hygiène, cicatrisation, etc ... Tous les nouveaux arrivants bénéficient d'un temps de tutorat et reçoivent un livret d'accueil spécifique. Tout le personnel a accès à la base documentaire électronique sur la bibliothèque intranet. De nombreuses procédures ont été formalisées et diffusées dans les différents services de soins : procédures d'urgence vitale, du chariot d'urgence, prise en compte du risque suicidaire, etc ... Différents documents sont disponibles pour les patients : conseils diététiques pour les stomies, information suite à un curage axillaire, brochure sur l'allaitement, informations sur le cataracte, etc ... La disponibilité des ressources matérielles est effective. Une équipe biomédicale (ingénieur plus technicien) réalise un suivi / entretien du parc sur une GMAO. Les locaux sont très récents pour certains, en cours de construction / réhabilitation pour d'autres ; ils sont conformes et adaptés et permettent la prise en charge des patients au niveau des différents parcours de soins. Un agent SSIAP (Service de Sécurité Incendie et d'Assistance à Personne) assure la sécurité après 20h et le week-end. Un laboratoire d'analyse, et un service de radiologie indépendants, sont intégrés dans les locaux de l'établissement, mais sont rattachés à une entité juridique différente.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes des secteurs d'activité connaissent l'organisation définie par le management et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement de la prise en charge des patients dès leur entrée dans la clinique et au niveau des différents parcours existants dans l'établissement.

L'établissement n'accueille aucune urgence externe mais prend en charge 24h/24h les complications de ses propres patients.

La prise en charge du patient à son arrivée programmée dans l'unité de soins est réalisée par une IDE. Elle réalise une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins avant qu'il ne soit vu par un médecin.

Un projet de soins personnalisés (PPS), concerté avec le patient et son entourage si besoin, intégrant la réflexion bénéfico-risque est retrouvé dans le dossier.

En fonction des spécialités, des activités de rééducation sont intégrées dans le projet de prise en charge, mais aussi : socio-esthéticienne, psychologue, pédo-psychiatre, psychomotricien, diététicienne, ostéopathe, acupuncteur, etc ...

Des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis, connus des professionnels médicaux et soignants, et permettent d'assurer la permanence des soins 24/24h.

Un dispositif adapté de prise en charge des urgences vitales est défini et connu des professionnels.

La prise en charge du patient repose sur des staffs pluri professionnels en service de néo-natalogie et en soins palliatifs.

La prise en charge des patients appartenant à une population vulnérable telle que la personne âgée, la personne en fin de vie, les enfants, etc... est organisée.

L'établissement met un accent particulier sur l'hospitalisation de très courte durée : le Fastrack au sein de l'ambulatoire, versus adulte et versus enfant.

Les enfants ne reçoivent plus de prémédication sédatrice et sont invités à aller au bloc opératoire en trottinette, vélo, triporteur, Il leur est proposé de ne plus porter une chemise de bloc mais leur propre linge propre : pyjama ou jogging par exemple, (validé par le CLIN). L'évaluation réalisée souligne un réel succès. Le MAR prend une photo de l'enfant au bloc avec son masque et l'envoie aussitôt par MMS aux parents pour les rassurer.

L'identification du patient à risque est organisée et tracée dans le dossier dès l'admission afin d'assurer la mise en place d'actions adaptées (personne à mobilité réduite, personne âgée, dépistage du risque suicidaire, allergie connue). Une diététicienne est présente dans l'établissement et un CLAN est opérationnel. Il existe des actions d'éducation thérapeutique du patient notamment pour le diabète gestationnel.

L'organisation de la sortie du patient permet d'assurer la continuité des soins.

Les interfaces entre les secteurs sont organisées et opérationnelles. On retrouve notamment des feuilles de liaison (par voie informatique).

Les brancardiers sont équipés d'une tablette pour suivre les demandes de transfert, les réaliser et les enregistrer.

Les demandes d'analyses de laboratoires de biologie ainsi que les demandes d'imagerie n'étaient pas toutes argumentées et signées par le médecin prescripteur (dans les différents services), excepté dans le pôle mère-enfant, lors de la visite. L'établissement a été très réactif et a modifié le chemin informatique du prescripteur permettant désormais d'obtenir automatiquement et obligatoirement une demande émanant de sa part avec sa signature enregistrée électroniquement. Les procédures en regard ont été ajustées, le personnel informé, les liasses de duplicants retirées des unités de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus en lien avec les cadres des services et le service qualité. A cet effet des indicateurs et tableaux de bords sont en place. Outre les indicateurs nationaux, l'établissement recueille les questionnaires de satisfaction en interne ou en externe au moyen d'E-Satis, des questionnaires spécifiques au Fastrack enfant, ambulatoire, nombre d'utilisation du chariot d'urgence, de nombreux patients traceurs, le recueil de l'IMC à l'entrée, l'évaluation du parcours pédiatrique (diminution du temps d'attente), taux de transformation de séjour, etc. Des EPP sont régulièrement menées en lien avec le parcours patient.

A / AGIR

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

Le dispositif institutionnel d'amélioration est continu : des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats d'évaluation issus de tous les indicateurs et audits vus précédemment, comme l'harmonisation des chariots d'urgence, la mise en place de formations ciblées, la création de deux suites parentales (pouvant accueillir la fratrie) toujours en maternité, une chambre « kangourou », un écran « baby cam » qui visualise le bébé pour la maman césarisée, la création d'une base type de lettre de sortie ou la possibilité de se réaliser sa pré-admission en ligne. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les nouvelles actions mises en œuvre sont intégrées au PAQSS de l'établissement. L'établissement s'est engagé dans le relevé des indicateurs « Hôpital Numérique ». Les résultats des diverses évaluations et les actions d'amélioration

entreprises sont communiquées par le journal interne, par voie d'affichage, notes de services, mails, et à la CDU lors des réunions trimestrielles.

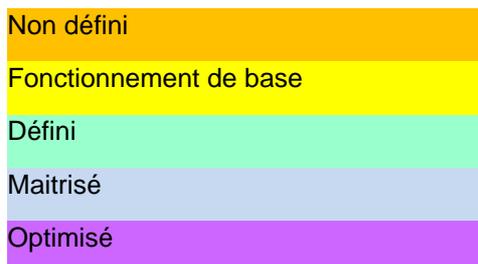
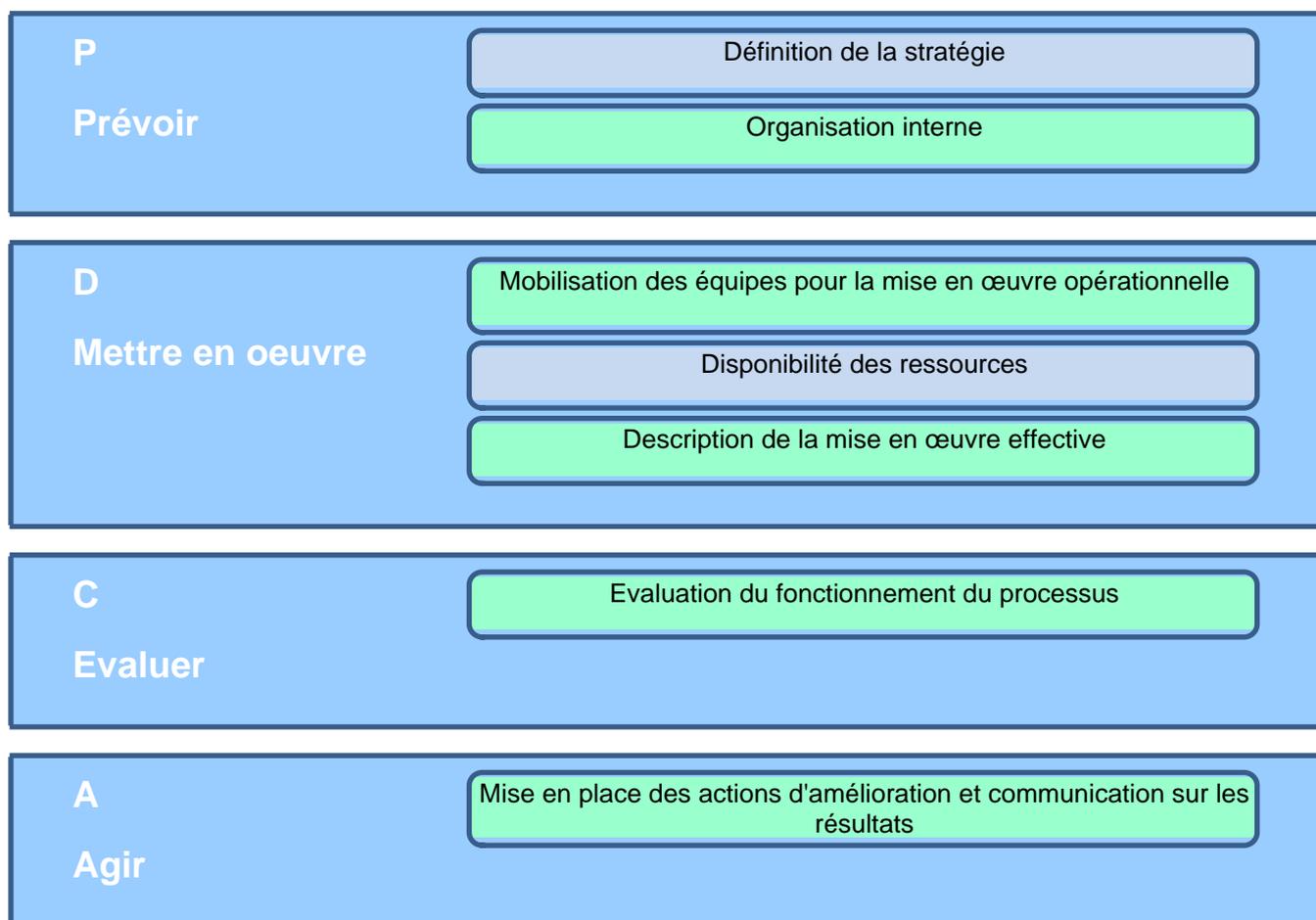
DOSSIER PATIENT

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

Un groupe pluriprofessionnel créé en 1999 est en charge du développement et du suivi du dossier patient. Ses missions et activités sont formalisées dans le document relatif aux orientations stratégiques 2016-2021. Parallèlement, le groupe de travail réunissant les cliniques du groupe Clinavenir, alliance des cliniques privées de Midi-Pyrénées, permet le partage d'expérience. Ainsi, le dossier du nouveau-né est partagé avec les autres cliniques et avec l'hôpital Purpan. Le groupe de travail s'est appuyé sur une cartographie des risques, sur les résultats des IQSS, sur divers audits et sur les résultats d'EPP (à noter qu'il n'y a pas de comparaison possible sur les IQSS, la clinique ayant ouvert très récemment sous sa configuration actuelle). Le compte-qualité recense les principaux risques identifiés du fait de leur caractère prioritaire: dossier incomplet à l'arrivée au bloc ou en salle de naissance, hétérogénéité des supports en lien avec la fusion des cliniques, indisponibilité du dossier d'anesthésie en pré-opératoire... Les membres du groupe de travail ont analysé les risques en fonction de leur criticité et de leurs éléments de maîtrise, en retenant les risques dont la criticité résiduelle était la plus élevée. En fonction des risques retenus, des plans d'actions prioritaires ont été élaborés. La stratégie de l'établissement repose sur 7 objectifs définis, notamment la sécurisation et l'inter-opérabilité du système, l'informatisation du dossier, sa disponibilité, sa conformité, sa confidentialité et enfin la formation des professionnels. Les objectifs ont été choisis par le groupe de travail et validés par le Top management et les diverses instances. Différents supports de communication sont activés: le journal interne avec un hors-série "Dossier Patient", la CME, les réunions d'encadrement et les notes de service. Des réunions sont organisées dans les différents services chaque fois qu'une mise à jour le nécessite. Les anesthésistes, qui représentent 80% des utilisateurs médecins du dossier, testent les mises à jour avant leur déploiement. Le programme d'actions institutionnel établi par le groupe centralise, priorise et articule l'ensemble des plans d'action. Le programme se décline en objectifs, avec des responsables identifiés, des échéances et des modalités de suivi. Le compte-qualité est intégré dans le PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté par 3 co-pilotes, la directrice des soins infirmiers, la directrice du pôle mère-enfant et la responsable du service d'information. Ils bénéficient d'une fiche de poste précisant leurs missions. Les besoins tant en ressources humaines qu'en locaux, matériels et équipements sont identifiés. Les outils informatiques sont déployés dans l'ensemble des secteurs et leur maintenance est assurée.

Le dossier patient est en grande partie informatisé, de l'admission à la sortie, à l'exclusion du per-opératoire et du partogramme. Certains médecins utilisent des dossiers différents et non interfaçables dans leurs cabinets de consultation, mais une harmonisation de l'ensemble des intervenants est en cours. Les prescriptions, plans de soins et transmissions paramédicales sont également informatisés. Les résultats des examens de laboratoire sont accessibles via le DPI.

L'accès au dossier est régi en fonction des différents profils via les autorisations informatiques.

Les règles et procédures de gestion du dossier patient sont définies. Une procédure décrit l'ensemble du circuit du patient, de sa création à son archivage. Le guide d'utilisation du dossier patient informatisé est régulièrement remis à jour en particulier lors de l'implantation de nouvelles fonctionnalités. Il se décline en dossier général, dossier maman/bébé et dossier médecine/chirurgie.

Un film expliquant le circuit et l'utilisation du dossier permet aux différents agents de s'approprier la procédure de manière ludique. Il est destiné à tous les nouveaux arrivants, aux étudiants et à l'ensemble des professionnels qui ont ainsi une vision plus claire de l'amont et de l'aval de leur action sur le dossier.

Les diverses ressources sont accessibles via la GED.

Une organisation permet de gérer la co-existence des dossiers papiers et informatisés. Elle repose sur la transmission par les médecins des éléments de consultation pré-opératoire ou pré-partum ainsi que par l'intégration de nombreux documents scannés dans la base du dossier informatisé. Chaque médecin rédige une synthèse du dossier de consultation transmise à la clinique en pré-opératoire.

L'informatisation de la consultation d'anesthésie est effective depuis 2009, et un travail est initié pour l'informatisation du per-opératoire et du partogramme, actuellement conservés dans le dossier papier.

Le recueil de la personne à prévenir et de la personne de confiance se fait sur les 2 supports.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mise en place du dossier informatisé, les diverses actualisations et les évaluations sont sous la responsabilité des responsables de secteurs. Deux référents, l'un pour la chirurgie et l'autre pour la maternité, accompagnent le déploiement de l'outil. L'établissement a le projet de former des référents experts par métiers et de leur octroyer une demi-journée par semaine pour la supervision des équipes.

Les professionnels ont participé à l'identification des risques via le groupe pluri-professionnel. Les autres membres du personnel ont été informés des choix via les canaux d'information habituels, et semblent, pour les professionnels rencontrés, les partager. Les services mènent, sous l'égide du groupe Dossier patient, différentes actions périodiques d'évaluation: audit du circuit du dossier, RMM, déclarations d'événements indésirables et EPP telles que: audit organisationnel du dossier en obstétrique, évaluation de la conformité du dossier transfusionnel, évaluation du programme ou évaluation de la qualité du dossier patient. La direction encourage l'utilisation et fournit des logiciels de dossiers patients dans les cabinets des médecins. Un travail est initié sur le dossier d'obstétrique, accompagné par un cabinet externe. La rédaction du cahier des charges d'un dossier validé par l'ensemble des intervenants est en cours. Les résultats sont communiqués aux professionnels par le journal interne, les réunions de service ou par affichage. Les actions correctives sont identifiées par les responsables de secteurs, en lien avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont disponibles dans l'ensemble des secteurs. Les professionnels bénéficient de formations régulières sur l'ensemble des sujets en lien avec le dossier patient, la confidentialité des informations ou l'identitovigilance. Une journée d'intégration annuelle est dédiée à l'accueil des nouveaux arrivants dont les médecins, avec un focus sur l'utilisation du dossier patient informatisé. Chaque nouvel arrivant bénéficie d'un tutorat par les référents de son secteur et d'un accompagnement par la cadre du service sur le dossier patient. Le guide d'utilisation du dossier patient, ainsi que les différents films, sont disponibles sur la GED et connus des professionnels. Ils ont fait l'objet d'une écriture collective et sont régulièrement actualisés. Les locaux sont conformes, adaptés et régulièrement entretenus. Les équipements sont largement déployés pour faciliter l'utilisation du dossier patient tant dans les unités de soins qu'au lit du patient, dans les salles d'opération ou en salle de naissance: plusieurs terminaux dans les salles de soins, tablettes et portables, avec recours à la wi-fi. Le service informatique assure l'entretien et la maintenance des outils informatiques. L'ensemble du réseau informatique a été actualisé. Les coupures programmées sont anticipées dans les moments de moindre gêne et sur des périodes les plus brèves possible.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours du patient est initié lors de la pré-admission, avec la création d'étiquettes d'identification. En dehors des heures d'ouverture, notamment pour la maternité, le service a la possibilité de créer une identité temporaire sur des étiquettes roses aisément identifiables. Les documents papier sont identifiables. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps réel dans le dossier tout au long de son parcours. Des onglets spécifiques permettent de tracer les consultations des psychologues, diététiciens, kinésithérapeutes... Certains documents sont au format papier, tel celui traçant la désignation de la personne de confiance. Le courrier de fin d'hospitalisation a bénéficié de différentes moutures suite à des actions d'amélioration. A l'occasion de la réalisation d'un patient traceur, un compte-rendu de césarienne manuscrit a été observé dans un dossier, avec possibilité de le scanner pour l'intégrer dans le DPI. Des sauvegardes et des plans de reprise permettent la continuité des soins même en mode dégradé avec des possibilités de reprise papier. Le personnel maîtrise et respecte l'utilisation du dossier patient informatisé. Les soignants rencontrés ne souhaitent en aucun cas retrouver un fonctionnement antérieur. Les interfaces bénéficient de document dédiés: hospitalisation / bloc; bloc / SSPI; courrier de sortie... L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais impartis par la réglementation. Cette information est diffusée aux patients. Le groupe de travail dossier patient est opérationnel depuis près de 20 ans et se réunit régulièrement. Ses comptes-rendus sont diffusés sur la GED et dans les services.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de la gestion du dossier patient est assuré par les pilotes de processus et par le groupe dossier patient. L'ensemble des éléments du dossier, son parcours et son organisation font l'objet d'actions d'évaluation: audits (douleur, prescriptions de sortie, lettre de sortie, EPP, RMM... Les indicateurs IQSS sont suivis, avec une valeur de 86% pour la campagne 2016, de même que différents points de vigilance: audit des motifs d'hospitalisation, gestion des doublons et des homonymes. Un tableau de bord permet

de suivre les différentes actions d'évaluation à périodicité définie. Des indicateurs sont identifiés et des seuils définis. Les indicateurs font l'objet d'un suivi régulier par la groupe dossier patient en lien avec la cellule qualité. Les indicateurs Hôpital Numérique font l'objet d'un suivi.

A / AGIR

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

Différentes actions d'amélioration ont été mises en oeuvre suite à des évaluations: modification des étiquettes d'identification, trace de la réflexion bénéfice/risque, renégociation des délais d'acheminement des anciens dossiers, élaboration d'une check-list de sortie, masque du courrier de sortie... Le programme d'actions est réajusté annuellement en fonction des résultats des évaluations. Ces derniers font l'objet d'une communication à l'ensemble des professionnels, par l'intermédiaire du journal interne, par affichage dans les locaux de soin, lors des réunions de service ou en CME. Ils sont également transmis à la CDU. Les résultats des IQSS sont transmis aux usagers via un affichage télévisé dans le hall de l'établissement.

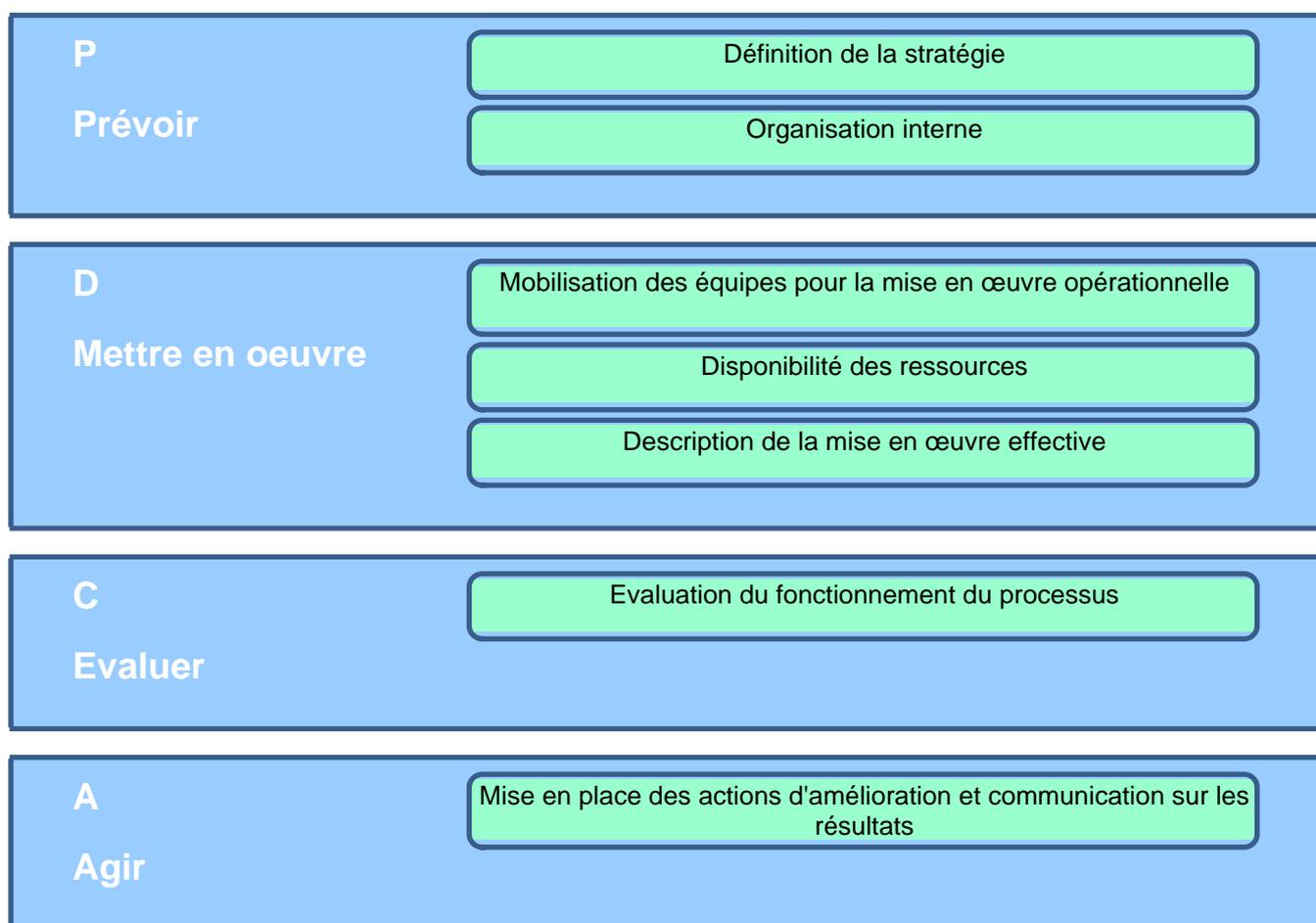
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Rive Gauche a défini des axes stratégiques pour l'amélioration du processus du management de la prise en charge médicamenteuse du patient. Il existe une politique de la prise en charge médicamenteuse intégrée aux orientations stratégiques 2016-2021 qui précise :

- les engagements du CPOM
- les exigences de l'arrêté d'avril 2011
- la promotion de l'éducation des patients
- l'engagement dans la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (enfant et sujet âgé)
- les étapes du circuit du médicament,

La prise en compte des indicateurs nationaux (IQSS) et des diverses évaluations engagées est effective. Une politique spécifique de la prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé est formalisée. L'établissement élabore une analyse des risques a priori par une approche processus permettant l'identification des principaux risques, leur priorisation ainsi que la définition d'actions d'améliorations. La cartographie des risques a priori a été réactualisée en décembre. Les actions sont intégrées au plan d'amélioration institutionnel et pour certaines intégrées au compte qualité. La stratégie et les plans d'actions sont validés par la Direction, la commission médicale d'établissement (CME) et le comité du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS). L'établissement utilise les indicateurs (IQSS et internes) pour définir sa politique et son programme d'actions y compris les modalités de communication.

ORGANISATION INTERNE

Deux pharmaciennes pilotent le processus de la prise en charge médicamenteuse. Les responsabilités sont définies ainsi que la répartition des fonctions. Le responsable du management de la qualité du circuit du médicament (RSMQPECM) est la responsable qualité. Un comité du bon usage du médicament est opérationnel (composition, mission). Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit dans l'organisation du processus, les ressources humaines en compétences et les ressources matérielles attendues. Les modalités organisationnelles relatives à la dispensation pharmaceutique sont définies notamment au regard des attendus de l'arrêté d'avril 2011. La gestion des dispositifs médicaux et matériels utiles à la réalisation des activités fait l'objet d'un plan de maintenance. Le système documentaire de l'établissement établi sur la base d'un manuel qualité prévoit les procédures, protocoles, modes opératoires et autres documents organisationnels. Le dossier patient informatisé permet sur tous les secteurs d'activités l'enregistrement et la traçabilité des étapes du processus. Compte tenu de ses risques et besoins identifiés, le management de la prise en charge médicamenteuse, les pilotes de processus et les responsables du management de chaque secteur organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels (programme d'actions 2017-2018.)

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pharmaciens élaborent une stratégie de communication (journal interne) et de formations régulières à destination des professionnels médicaux et para médicaux (erreur médicamenteuses, risque iatrogénique) incluant les nouveaux arrivants soignants et médecins. L'établissement participe à la semaine "sécurité patient" dans le cadre de la formation des professionnels au risque d'erreur médicamenteuse (chambre des erreurs, quizz). Les référents des secteurs d'activité s'assurent du respect des procédures. Les erreurs médicamenteuses sont étudiées, des mesures correctives définies. Le manuel d'assurance qualité est diffusé dans le logiciel de gestion documentaire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose d'une pharmacie à usage intérieur. Les ressources humaines (présence et compétences) sont prévues pour assurer la mise en œuvre du processus de management de la prise en charge médicamenteuse. Les formations des différents professionnels (médicaux et paramédicaux) sont planifiées et réalisées incluant un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants (soignants et médecins). Les pharmaciennes ont été formées à la conciliation médicamenteuse. Des locaux et équipements prévus pour la Pharmacie à usage intérieur (PUI) sont conformes et adaptés pour assurer la prise en charge du médicament du patient. Les interfaces entre les différentes unités fonctionnelles et la pharmacie sont définies (dotations, approvisionnement, gestion des péremptions, besoins exceptionnels). L'entretien des

locaux et la maintenance des équipements sont assurés. Des solutions dégradées en cas de panne ou dysfonctionnements sont définies. Le dispositif de gestion documentaire établi comporte un ensemble de documents permettant d'assurer l'information des patients et celle des professionnels sur le bon usage des médicaments. Des guides de prescription sont diffusés; les médicaments à broyer sont identifiés. Ce dispositif de gestion documentaire est accessible, actualisé et connu des professionnels. La gestion du traitement patient en cours d'hospitalisation incluant la prise en charge de son traitement personnel est informatisée. Le dossier d'anesthésie au format papier comporte la prescription de la prémédication lorsqu'un patient entre sans consultation préalable. Cette prescription manuscrite est signée par le praticien, l'administration est tracée par l'IDE. Les dispositifs médicaux implantables sont gérés par la PUI, le service de stérilisation des dispositifs médicaux est sous la responsabilité d'un cadre de santé de stérilisation. Les fluides médicaux sont gérés par l'ingénieur biomédical et la pharmacienne.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre la déclinaison des objectifs opérationnels définis par l'établissement et portés par les pharmaciens et l'encadrement de soins, avec l'appui de la responsable qualité. Les différentes étapes du processus de la prise en charge médicamenteuse sont définies et mises en œuvre (prescription - dispensation - administration). Les circuits de délivrance concernant l'approvisionnement thérapeutique sont sécurisés (pharmacie, offices infirmiers). La conservation de la chaîne du froid est assurée de par la supervision en continu des températures des frigos (informatisée en PUI, relevée chaque matin dans les services). Les services sont approvisionnés en dotation globale (stock tampon à compléter) hormis le secteur de naissance qui est livré en dotation reglobalisée. Un agent dépendant de la PUI assure la livraison des médicaments en caisse fermée et en glacière pour les médicaments nécessitant le respect de la chaîne du froid. Les stupéfiants et les antibiotiques à dispensation contrôlée ainsi que les médicaments hors GHM sont livrés en dispensation nominative. La gestion du traitement personnel du patient est définie et mise en œuvre sur la base d'une évaluation initiale médicale lors de la consultation (arrêt ou reconduction thérapeutique). L'informatisation des prescriptions médicamenteuses est effective pour tous les secteurs d'activité facilitant le suivi thérapeutique et la coordination en cas de transfert entre unités de soins, unité de soins continus, secteurs de soins, bloc opératoire. L'informatisation du dossier d'anesthésie est programmée. L'analyse pharmaceutique est engagée (un audit réalisé en 2017 donne 86.9% d'analyses réalisées), le médecin infectiologue contrôle la conformité d'utilisation des molécules d'antibiotiques à dispensation contrôlée. L'évaluation des traitements est constatée y compris la réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures ainsi que l'information du patient sur les modifications apportées à son traitement. L'administration du traitement et le suivi paramédical sont assurés sur un support informatique unique de prescription- administration. La traçabilité de l'administration est faite en temps réel par les infirmières et intégrée informatiquement au plan de soins. En cas de non administration, le motif est tracé et le médecin informé. Le patient est éduqué et informé sur son traitement et au bon usage de ses médicaments. Cette information est tracée dans le dossier informatisé. Le projet de sortie ou de transfert du patient prend en compte le traitement personnel initial. Le patient est informé sur son traitement de sortie avec la remise de documentation nécessaire. La vérification des armoires à pharmacie est assurée, notamment la vérification des dates de péremption et des stocks minimaux et maximaux.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil des indicateurs nationaux est effectif (IQSS, ICATB et hôpital numérique). L'établissement suit également les indicateurs du contrat de bon usage des médicaments(score 100%). Il élabore des audits et évaluations réguliers concernant le circuit du médicament (dispensation, administration) et réalise une évaluation du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse. Les évaluations de pratiques professionnelles sont engagées, renouvelées régulièrement et concernent une grande partie du circuit du médicament (dispensation, stockage, administration). Le circuit des événements indésirables est organisé, connu et mis en œuvre. Les déclarations sont analysées par les professionnels de santé. (5 CREX, 1 RMM, 33 événements indésirables déclarés, 1 déclaration de pharmacovigilance).

A / AGIR

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

Des audits du circuit du médicament sont réalisés annuellement. Ils évaluent la qualité et la conformité des prescriptions médicamenteuses et de l'administration. Les résultats entraînent la mise en place d'actions d'amélioration. Ils sont communiqués aux instances dont la commission des usagers mais également aux professionnels de l'établissement au travers de l'intranet, du journal interne et des réunions de service.

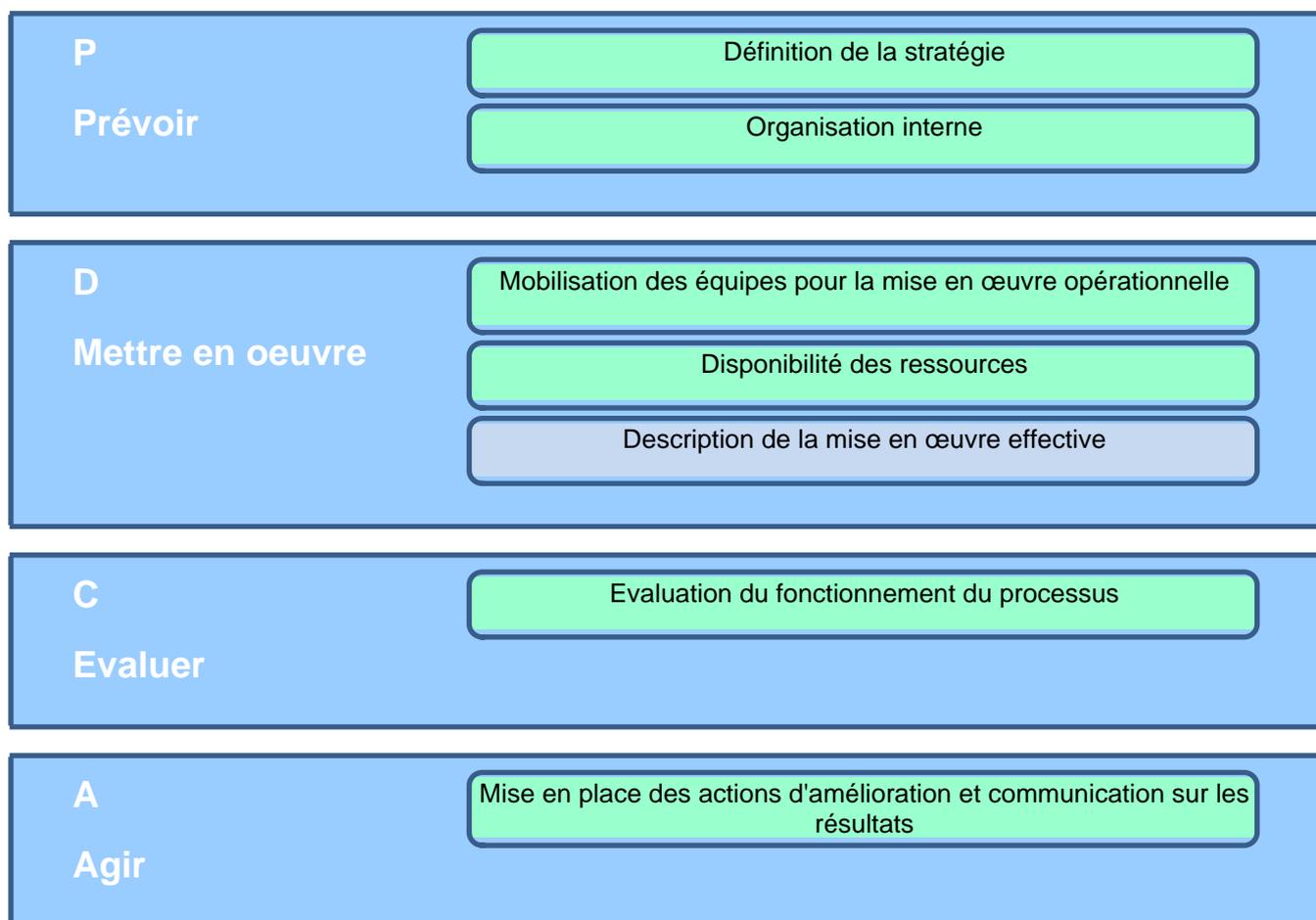
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique Rive Gauche possède deux plateaux techniques chirurgicaux, hors secteur obstétrical. L'un de 5 salles dont 4 opérationnelles actuellement (ex St Nicolas) regroupant l'ophtalmologie, la stomatologie et l'ORL, a une SSPI de 8 postes. L'autre de 9 salles (ex Sarrus Teinturiers) dédié à la phlébologie, cardiologie, vasculaire, ORL et maxillo-faciale, orthopédie, digestif, gynécologie, pédiatrie viscérale, plastie et reconstruction, a une SSPI de 20 postes. Ces 20 postes sont partagés avec le bloc d'endoscopie qui comprend deux salles, et le bloc de maternité, de deux salles également. L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) de 31 places, est répartie sur plusieurs secteurs. L'établissement a défini ses valeurs qui répondent à ses missions et a ainsi fixé ses priorités dans ses orientations stratégiques 2016-21. Ces dernières, validées par les instances, détaillent entre autres, le projet médical, le projet de soins et les projets transversaux. Chaque projet a ses propres objectifs, qui prennent notamment en compte le développement de l'activité, les évolutions architecturales induites en particulier en chirurgie ambulatoire, les offres de soins des autres établissements de la région et les besoins spécifiques de la population. Il existe une charte de bloc spécifique à chaque plateau technique structurée sur une base commune (objectifs, principes de fonctionnement, planification, programmation, évaluations, système d'information métier, règlement intérieur) et avec un tronc commun, validées par les instances, mises à jour récemment. Le secteur opératoire dispose d'une cartographie des risques révisée cette année. Une analyse des risques a été réalisée par les professionnels pilotés par la responsable de bloc et les présidents des conseils de blocs de chaque plateau technique. Cette étude a permis d'actualiser les risques, d'identifier les actions de prévention, puis de les hiérarchiser en utilisant la grille de criticité et de maîtrise AMDEC. Ce travail a priorisé les risques intégrés dans le compte qualité comme : « défaut de traçabilité des implants », « défaut de formation des IDE suite à l'évolution du fonctionnement du bloc en polyvalence », « défaut de la réalisation de la check list de sécurité », « réalisation incomplète des contrôles des ouvertures de salle », « défaut d'ergonomie des locaux », etc ... A la suite de l'analyse des risques, les professionnels ont élaboré un plan d'actions centralisé (concernant les blocs et l'ambulatoire), priorisé et articulé dans le programme d'actions institutionnel. Le programme a été validé par les instances : CME, COPIL. Un MAQ vient d'être rédigé et sera présenté au prochain conseil de bloc.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de ce processus est réalisé par quatre pilotes : les 2 chefs de bloc, appuyés par les 2 médecins présidents des conseils de blocs. Les rôles et responsabilité d'un chef de bloc sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste. Le conseil de bloc s'est réuni trois fois en 2017 pour SN et quatre fois pour ST, avec un PV diffusé. La chef de bloc est désignée pour réguler les activités du bloc et veille à garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens humains, matériels et documentaires. Elle est accompagnée par la cellule de régulation qui se réunit tous les jeudis après-midi. Les secteurs blocs opératoires et services d'ambulatoires disposent de personnels dédiés, les besoins sont couverts en nombre. Des fiches de poste sont établies précisant le rôle et les responsabilités des professionnels. Pour prendre en compte et développer les compétences des IDE au bloc opératoire, l'établissement a mis en place une validation des acquis et deux IDE sont en cours actuellement. Les besoins en formation sont identifiés : radioprotection des travailleurs exposés, gestion du stress, prise en charge de l'enfant au bloc opératoire, formation PCR, mise en place d'un nouveau registre d'ouverture de salle... L'accueil du nouvel arrivant est organisé avec un temps de tutorat, de compagnonnage. Il existe un livret d'accueil spécifique pour le nouvel arrivant au bloc opératoire. La continuité des soins est assurée par un tableau d'astreintes diffusé sur l'intranet. En chirurgie ambulatoire, elle repose sur des numéros d'appels en urgences indiqués sur le passeport ambulatoire. Les règles de fonctionnement de l'ambulatoire sont définies dans la charte d'ambulatoire. Elles sont déclinées dans des procédures validées et maîtrisées, retrouvées dans la GED. La procédure « sortie du service de chirurgie ambulatoire » prévoit le cas d'hospitalisation du patient. L'architecture du bloc opératoire (celui de ST a été refait et livré en septembre dernier) permet d'assurer une marche en avant et un circuit propre-sale. Les besoins en matériels et équipements sont couverts. Ces équipements font l'objet d'un plan de maintenance et d'un suivi par GMAO. Le DPI permet de suivre la programmation des patients. Il est accessible à tous les intervenants et permet une optimisation du flux dans les blocs et les UCA. Les brancardiers ont une tablette pour participer à ce suivi d'information. La traçabilité de la surveillance en SSPI est informatisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management des blocs organise la déclinaison de la démarche

institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est opérationnelle. Les informations régulières et la concertation organisée favorisent l'implication des équipes. La responsable du plateau technique, secondée par son adjointe, s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures et protocoles. Une communication des différentes évaluations (audits) est assurée auprès des professionnels (intranet, affichage, journal mensuel de l'établissement, cahier de transmissions ...). Les professionnels sont impliqués dans le signalement des dysfonctionnements, qui sont régulièrement analysés par la pratique régulière d'audits, d'EPP, de réunions de CREX et de RMM. Des pistes d'amélioration /correction sont proposées et les professionnels sont régulièrement informés des évolutions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le pilotage opérationnel de chaque bloc opératoire est assuré par une responsable de bloc (épaulée par sa « seconde ») dont le positionnement est clairement affirmé dans la charte de bloc. Au sein de l'équipe d'IDE, il y a trois IBODE au bloc ST et deux en cours de VAE au bloc SN. Les anesthésistes ont engagé des IADE. A ces équipes s'ajoutent des agents dont les missions sont centrées sur la logistique et le bionettoyage ainsi que des brancardiers internes et externes au bloc. Pour tout nouvel arrivant, il est mis en place un temps de tutorat. Un livret d'accueil spécifique lui est remis. Une astreinte est organisée pour les personnels médicaux et paramédicaux. (astreintes sur la base du volontariat pour les IDE). La salle de SSPI est équipée de rideaux de séparation / paravents. Chaque anesthésiste a sa propre valise de stupéfiants, verrouillée. Deux personnes en radioprotection (PCR) sont nommées. La planification du programme opératoire est définie conjointement par la chef de bloc et l'anesthésiste (cellule de régulation), tous les jeudis, et traduite directement sur l'intranet pour communication partagée, et par un affichage sur les grands panneaux à l'entrée de chaque bloc. Pour les intubations difficiles, un chariot spécifique est dédié. Un chariot d'urgence vitale adulte, ainsi qu'un autre pour les enfants, sont disponibles en SSPI. Des formations, réalisées en interne ou en externe, apparaissent au plan de formation en adéquation avec les besoins du bloc et la législation en vigueur : radioprotection des travailleurs, gestion du stress, prise en charge des patients dans l'urgence au bloc opératoire Tous les documents nécessaires à l'activité sont disponibles sur la base documentaire par voie informatique et actualisés régulièrement avec les professionnels ou fondés sur les règles de bonnes pratiques reconnues. Les contrôles air/eau sont réalisés régulièrement et suivis par le CLIN. La température et la surpression des salles d'intervention sont contrôlées dans chaque salle. La SSPI est équipée en postes conformément à la réglementation. Les outils informatiques sont présents dans chaque salle d'opération, en SSPI et dans les bureaux. L'établissement est engagé dans HN. Les équipements sont adaptés à la prise en charge de chaque spécialité. Les situations d'urgence ou de panne sont prévues et anticipées avec la participation de l'ingénieur biomédical et de son technicien qui ont en charge la maintenance et le suivi des matériels médicaux (enregistrés sous GMAO ; suivi des demandes), ainsi que par l'équipe d'entretien pour le suivi de la maintenance des bâtiments. En radioprotection, des tuniques, chasubles, cache thyroïdes, lunettes sont disponibles. Les circuits des patients, du matériel, des déchets, du linge sont organisés selon une marche en avant et un trajet propre/sale.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients au sein du bloc opératoire s'appuie sur des procédures établies, validées et actualisées respectant les recommandations de bonnes pratiques (tenue vestimentaire, marche en avant, hygiène, respect des patients, etc ...). Le secteur ambulatoire fonctionne selon des règles similaires assurant également le respect de l'intimité des patients. La coordination entre professionnels est assurée à partir de la réunion de régulation hebdomadaire du jeudi. Les praticiens programment leurs interventions en fonction des plages qui leurs sont dédiées. Les congés annuels, les besoins en matériel spécifique, les particularités des patients (enfant, allergie au latex, patient infecté, etc ...) sont prises en compte. Le patient reçoit lors des différentes consultations pré-opératoires, à la pré admission et à l'entrée dans le service de soins, les informations utiles à son séjour et son intervention (livret d'accueil spécifique, fiche d'information, consentement éclairé, règles d'hygiène pré opératoires, etc ...). L'identitovigilance est assurée par le port d'un bracelet. Les consignes et horaires d'entrée sont précisés, en chirurgie ambulatoire, par un SMS de la veille. L'appel du lendemain est réalisé par l'IDE. Le patient est accompagné au bloc par un brancardier externe. Il existe un sas d'entrée dans lequel le patient est pris en charge par du personnel dédié. Les équipes ont beaucoup travaillé sur l'accueil des enfants qui sont invités à rejoindre le bloc en trottinette, triporteur, vélo, ...où un « garage » est positionné dans le sas de transfert. (Comme détaillé dans le Parcours Patient). Il existe une salle intermédiaire pour la réalisation des anesthésies locorégionales, qui jouxte la SSPI. La traçabilité de la consultation pré anesthésique est retrouvée dans le dossier. L'utilisation de la check-list est effective, sur support informatique. Tous les DMI utilisés pour un patient sont tracés sur un document spécifique retrouvé dans le dossier. La sortie de SSPI est validée par la signature d'un médecin anesthésiste avec la précision de l'horaire. Le bionettoyage entre chaque intervention ainsi que le nettoyage des locaux, est réalisé par des ASH avec une traçabilité effective. La traçabilité de l'ouverture d'une salle de bloc est enregistrée sur cahier par salle. Les FEI sont prises en compte au bloc, par voie informatique. La traçabilité du nettoyage et de la surveillance de la température des réfrigérateurs / congélateurs est régulièrement tenue. Il existe un système de report d'alarme vers le service biomédical. Deux types de dosimétrie (passive et opérationnelle) sont suivies et encadrées par les PCR. Une salle spécifique est dédiée à la décontamination des instruments, où le matériel de chaque bac de décontamination est reconstitué. Il existe également une salle étanche pour le

nettoyage à la vapeur des matériels. Les examens d'anatomopathologie sont suivis sur un classeur regroupant les différents laboratoires intervenants, régis désormais par la même procédure mise en place récemment par l'établissement. Les vigilances sont suivies et opérationnelles. Pour les patients de l'UCA, les consignes à suivre au retour sont écrites et reportées sur son passeport ambulatoire. L'heure et l'autorisation de sortie sont signées par le médecin selon « l'aptitude à la rue » vérifiée. Il y a eu quatre conseils de blocs en ST en 2017 et trois en SN. L'établissement dispose d'un dépôt de sang situé en salle de naissance. Des revues de morbidité mortalité (RMM) sont organisées de même que des retours d'expérience (CREX) à partir des déclarations des dysfonctionnements.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc ...) comme : temps réel d'occupation des vacances, taux de transformation de séjour d'ambulatoire en hospitalisation, taux d'annulation des patients en ambulatoire, conformité des DMI et implantation, conformité check list, délais d'attente, check list d'ouverture de salle, contrôles bactériologiques (eau, air), respect du port du matériel de radioprotection, ... Plusieurs CREX, RMM ont été réalisées.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel : phase de travaux avec la création de nouveaux blocs, nouvelle organisation d'ambulatoire, réorganisation des arsenaux, création d'un poste de logisticienne, révision de nombreuses procédures, livret d'accueil de l'enfant au bloc « cap sur le bloc », venue du patient debout, ou à pied au bloc, mise en place du Fastrack enfant et adulte, informatisation de la prescription d'examen de laboratoire ou d'imagerie étendue à tout l'établissement... Des supports et modalités de diffusion sont établis. Un poste de responsable communication a été créé en septembre 2017.

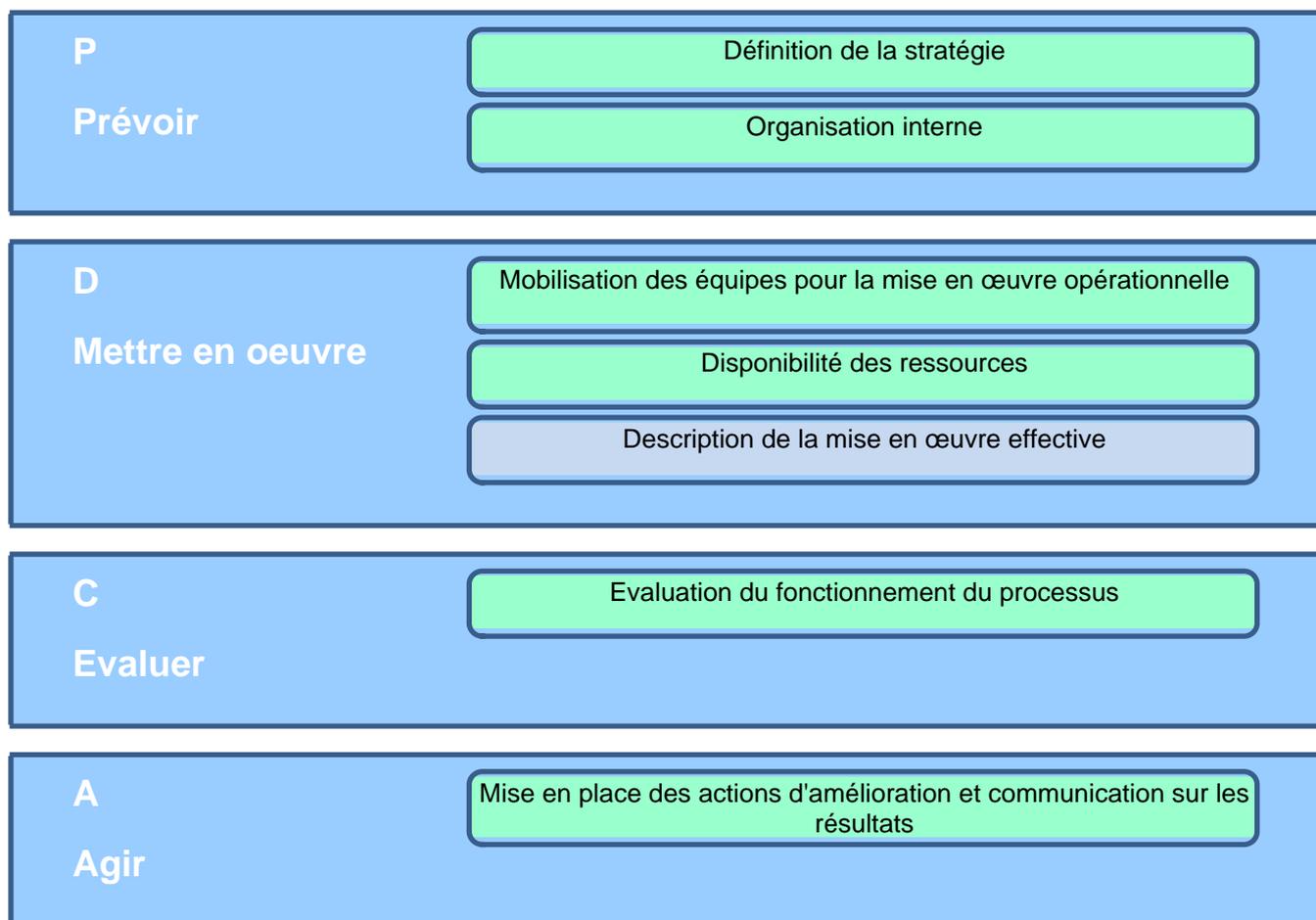
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur relatif à la réalisation d'actes d'imagerie interventionnelle est clairement identifié. Il se situe principalement en salle d'hémodynamique à côté du bloc opératoire et en salle 10 du bloc opératoire. La politique et la stratégie relatives à l'imagerie interventionnelle ont été partiellement décrites dans les orientations stratégiques de l'établissement et intégrées dans un chapitre imagerie global sans focus spécifique sur les particularités liées au caractère interventionnel de cette imagerie. Une démarche d'évaluation pluri-professionnelle des risques a priori a abouti à la production d'une cartographie des risques du bloc opératoire, incluant les risques relatifs à l'imagerie interventionnelle. Cette analyse a permis une hiérarchisation des risques dont les principaux ont été inscrit au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par l'un des médecins cardiologues de l'établissement ainsi que par la chef de bloc. Leurs missions sont définies dans une fiche de missions validée. Deux Personnes Compétentes en Radioprotection (PCR) sont identifiées au sein de l'établissement et des sociétés externes interviennent pour les différents contrôles réglementaires. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise les réponses à ses besoins en ressources humaines et matérielles nécessaires à ses activités. Un plan de formation annuel répondant aux besoins du service et des professionnels est établi. Les formations à la radio protection obligatoires pour les salariés et les praticiens sont programmées et font partie intégrante du plan d'action intégré au programme d'actions qualité et sécurité des soins. Les locaux, matériels et équipements sont identifiés. Les zonages et signalétiques sont définis ainsi que les moyens de surveillance dosimétriques actifs et passifs. Les matériels d'équipements de protections patients et professionnels tant individuels (tablier, cache thyroïde, casque, bague ...) que collectifs (hauts volets, jupe...) sont prévus. La gestion des événements indésirables est organisée, pour autant leur faible nombre laisse supposer une sous déclaration. Les plans d'entretien et de maintenance des appareils sont organisés entre le constructeur et le service biomédical. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertations entre les professionnels, notamment entre cardiologues et chirurgiens vasculaires, en particulier au sein d'UCR (Unités de Concertation Pluridisciplinaire). La traçabilité des actes est organisée via un système d'information dédié. Les données sont enregistrées et les images accessibles sur différents supports. L'information relative à la dosimétrie est également accessible et devrait être interfacée avec le Dossier Patient Informatisé de l'établissement à partir du 1er trimestre 2018. L'information relative à la dosimétrie et la traçabilité des dispositifs médicaux implantables est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes tant médicales que paramédicales est centrée sur la réalisation des objectifs et des plans d'actions relatifs à l'imagerie interventionnelle. Les 2 infirmières PCR assurent la formation du personnel en interne et réalisent les supports et fiches techniques nécessaires. Elles assurent la promotion du respect des bonnes pratiques par rapport aux dispositions prévues, en particulier concernant le port des équipements de protection individuelle et de la dosimétrie active et passive. De nombreux affichages au bloc opératoire et en salle d'hémodynamique complètent les formations. Des informations sur la cardiologie non invasive à destination des personnels du bloc opératoire et des différents services sont planifiées par les cardiologues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et matériels sont disponibles dans la salle d'hémodynamique et les salles du bloc opératoire. Tous les professionnels intervenant dans le secteur d'imagerie interventionnelle ont leur attestation concernant la radioprotection travailleurs. Des formations sont assurées sur des thèmes relatifs à la cardiologie interventionnelle dans le cadre d'EPU (enseignements post-universitaires) animés par l'équipe des cardiologues constitués en association. Les procédures en lien avec l'activité sont disponibles dans la GED, et sont régulièrement actualisées. L'intégration du nouvel arrivant nécessite un temps de doublage important, tant pour l'apprentissage des bonnes pratiques que pour la réglementation en matière de radioprotection. Les ressources matérielles sont adaptées aux besoins du secteur d'imagerie. La salle d'hémodynamique est ergonomique et bénéficie de locaux de stockage attenants. Les modalités de vérification et de maintenance des équipements sont élaborées en concertation avec les fournisseurs. Les règles d'accès aux secteurs sont respectées (bien que l'environnement de la salle soit en travaux). Les contrôles qualités internes et externes liés à la radioprotection sont réalisés et suivis selon un planning établis. Les équipements de protection individuelle sont disponibles et adaptés à l'activité. Ils

sont systématiquement utilisés par les équipes et les praticiens. Les dosimètres passifs et opérationnels sont en place et contrôlés périodiquement. Le médecin du travail est informé des résultats.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de santé connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures orales établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La régulation des activités est assurée. L'échange d'information entre les professionnels est effectif au cours de la prise en charge. La prise en charge anesthésique est organisée. Deux salles de préparation permettent l'information du patient quant au déroulement de l'examen et sa prise en charge par les anesthésistes. Les informations relatives à la radioprotection sont données par le praticien lors de la consultation. Les patients sont ensuite surveillés en SSPI. L'utilisation de la check-list sécurité du patient répond aux règles de bonne pratique. La délimitation des zones et l'affichage réglementaire sont en place. La signalisation lumineuse est opérationnelle. La dose délivrée est inscrite sur le compte rendu et dans le logiciel d'imagerie. Un logiciel permet de mesurer la dose cumulée pour l'ensemble des examens subis par le patient. Les examens de radiologie sont disponibles via un PACS. Les différents circuits (patients, pharmacie, dispositifs médicaux ...) sont mis en œuvre conformément aux procédures institutionnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi du processus est évalué au travers d'indicateurs tant qualitatifs que quantitatifs avec des indicateurs spécifiques à la radiologie interventionnelle. Les praticiens ont créé un indicateur spécifique fonction de leur pratique et de la dose reçue, qu'ils suivent régulièrement. Les NRD (Niveau de référence Diagnostique) sont également très suivis et notamment à chaque changement de machine. Le secteur d'imagerie interventionnelle participe à l'évaluation de la check-list du bloc opératoire. La conformité des pratiques relatives à la radioprotection est évaluée. Le recueil des événements indésirables est organisé, mais à ce jour aucun événement indésirable n'a été recensé. Le bilan d'activité et le suivi des indicateurs sont présentés en Conseil de bloc et en CME.

A / AGIR

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

L'établissement met en œuvre des actions d'amélioration issues du plan d'actions et du suivi d'indicateurs, dont la plupart concernent le processus bloc opératoire dans son ensemble. Plus spécifiquement, un travail de sécurisation de la prise en charge en SSPI d'hémodynamique a été mené suite aux résultats de différents audits et à la demande des praticiens.

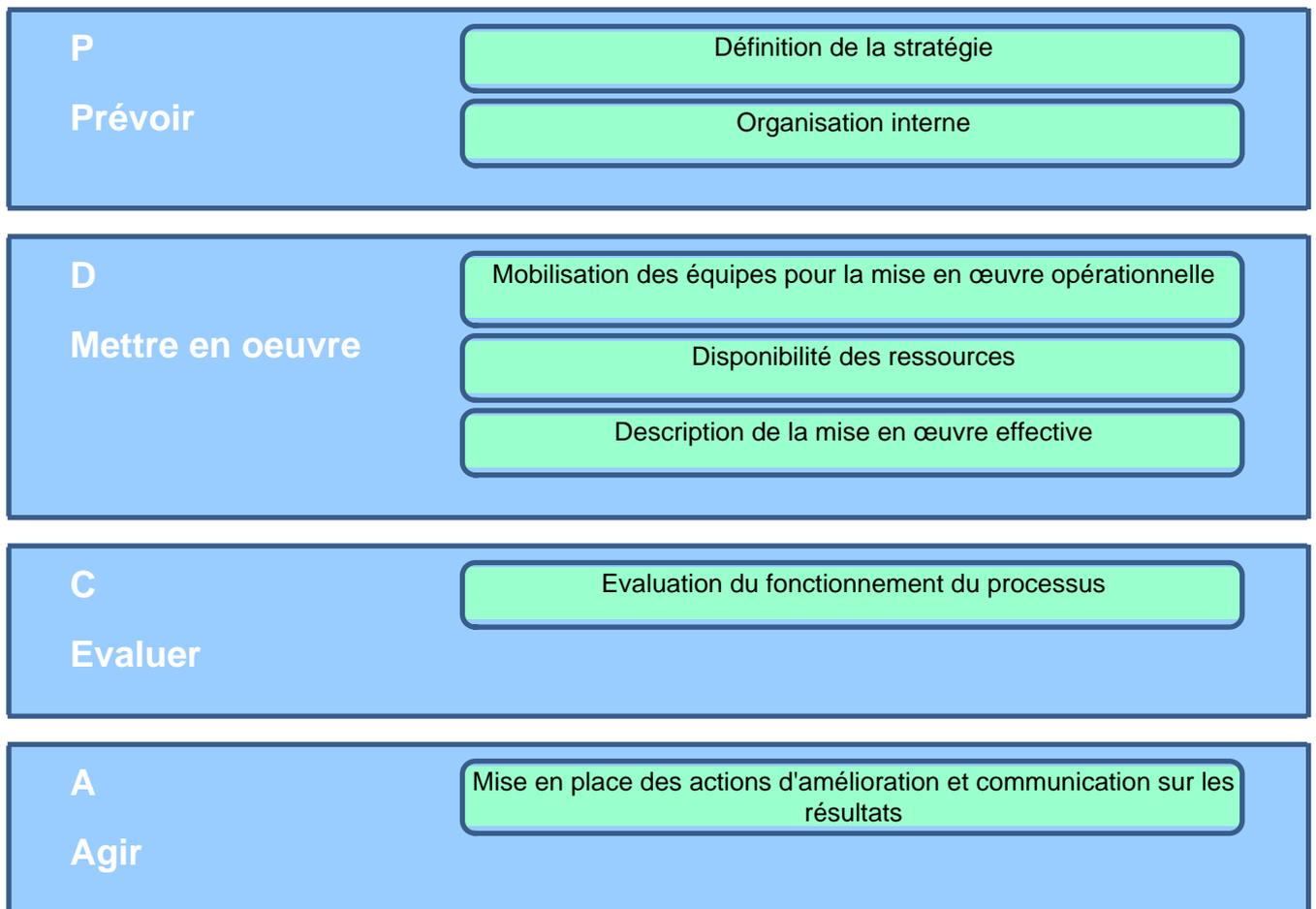
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc d'endoscopie est composé de deux salles séparées par la salle de lavage. Il jouxte le bloc de chirurgie générale (ST) et bénéficie du même fonctionnement. Les activités d'endoscopie concernent essentiellement la gastro-entérologie diagnostique et interventionnelle. La politique de l'activité d'endoscopie est déclinée dans les orientations stratégiques 2016-21, validée par les instances. Les objectifs ont été élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement (cartographie mise à jour). Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Il existe une charte de bloc réactualisée, présentée en CME. Le compte qualité a été élaboré avec les professionnels en partant de l'analyse des FEI, les différents audits, etc ... Un plan d'actions prioritaires a été mis en place, validé par le COPIL et la direction, et intégré au PAQSS. Un MAQ endoscopie vient d'être rédigé et sera présenté au prochain conseil de bloc.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de ce processus est réalisé à trois : un médecin gastro-entérologue, la chef de bloc ST, le cadre de stérilisation. Leurs rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste signée. Le conseil de bloc se réunit quatre fois par an, avec un PV diffusé. La chef de bloc est désignée (inscrit dans la nouvelle charte de bloc) pour réguler les activités du bloc d'endoscopie et veille à garantir le respect de la programmation et de la sécurité du patient. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens humains, matériels et documentaires. Elle est accompagnée par la cellule de régulation qui se réunit tous les jeudis. Les ressources documentaires comprenant les procédures, protocoles et documents de traçabilité sont disponibles sur informatique, voire affichés. Le bloc d'endoscopie est rattaché à la SSPI du bloc de chirurgie, qui a la capacité réglementaire d'accueil de ces deux salles. Les besoins en formation sont identifiés : « Bonnes pratiques en endoscopie », « mise en place d'un nouveau registre d'ouverture de salle », « identitévigilance », « hygiène en endoscopie » ...

Les secteurs blocs opératoires et services d'ambulatoires disposent de personnels dédiés, les besoins sont couverts en nombre. Des fiches de poste sont établies précisant le rôle et les responsabilités des professionnels. L'organisation de la permanence des soins est organisée en ambulatoire. Les divers circuits : patients, endoscopes, prélèvements histologiques, ont été définis.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du bloc d'endoscopie (réalisé par la chef de bloc chirurgical) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre est effective. Les informations régulières et la concertation organisées favorisent l'implication des équipes. La responsable du plateau technique s'assure de la conformité des pratiques en matière de désinfection des endoscopes. Une communication des différentes évaluations et des nombreux audits est assurée auprès des professionnels (journal mensuel, intranet, affichage). Des actions correctives sont mises en place avec les professionnels à partir des dysfonctionnements, des résultats des indicateurs ou des FEI. Par exemple : renouvellement du parc, augmentation du parc, nouvel emplacement pour l'identification du risque ATNC, formation de l'équipe biomédicale sur la maintenance des laveurs et armoire de stockage...

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le bloc d'endoscopie est composé de deux salles d'interventions reliées entre elles par la salle de traitement des endoscopes, où se trouvent deux automates doubles, complétés par un banc manuel de nettoyage. Le parc des endoscopes (matériel de l'établissement) est composé de coloscopes, gastroscopes et d'un fibroscope bronchique pour les intubations difficiles. Les endoscopes sont rangés dans une armoire ESET, selon des procédures définies. L'équipe est composée d'IDE (en salle), d'AS, ASH et brancardiers. Tout le monde a bénéficié d'une formation récente. Différents moyens de protection sont disponibles et utilisés : lunettes, gants à manchettes longues. L'aspiration de l'air est assurée par « bouche » classique : l'analyse de l'émanation a été réalisée et montre que le taux est conforme. La planification du programme opératoire est définie conjointement par la chef de bloc et l'anesthésiste /cellule de régulation tous les jeudis, et traduite directement sur l'intranet pour communication partagée avec les différents services. Elle est également affichée à l'entrée du bloc. Le plan de formation fait état de formations en adéquation avec les besoins du bloc d'endoscopie et la législation en vigueur : bionettoyage, identitévigilance, hygiène en endoscopie. Tout nouvel arrivant reçoit un livret d'accueil et bénéficie d'un temps de tutorat. Tous les documents nécessaires à l'activité d'endoscopie sont disponibles sur la base documentaire électronique. Ils sont actualisés régulièrement en lien avec les

professionnels. La procédure « Annonce d'un dommage associé aux soins » est disponible. L'équipe biomédicale a en charge la maintenance et le suivi des matériels médicaux qui sont enregistrés sous GMAO. Une équipe est dédiée à l'entretien et la maintenance des bâtiments.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients au sein du bloc d'endoscopie s'appuie sur des procédures établies, validées et actualisées respectant les recommandations de bonnes pratiques (tenue vestimentaire, hygiène, respect des patients, etc ...). Le secteur ambulatoire fonctionne selon des règles similaires assurant également le respect de l'intimité des patients. La coordination entre professionnels est assurée par la réunion de régulation hebdomadaire du jeudi permettant la programmation des interventions pour la semaine. Les praticiens programment leurs interventions en fonction des plages qui leur sont dédiées. Les patients venant de l'UCA ont reçus un SMS la veille de leur intervention leur indiquant leur horaire de passage au bloc. L'appel du lendemain est réalisé par l'IDE de l'accueil de l'ambulatoire. La traçabilité de la consultation pré anesthésique est retrouvée dans le dossier. L'utilisation de la check-list est effective, sur support informatique (encadrée par une procédure). Le risque ATNC est recherché et tracé. Un chariot d'urgence vitale, plombé, au contrôle tracé, est opérationnel dans le bloc opératoire chirurgical attentant. Tous les DMI utilisés pour un patient sont tracés (pose de l'étiquette) sur un document spécifique retrouvé dans le dossier. Le stock est géré par la pharmacie. Lors de l'utilisation, l'endoscope est transporté de la salle de lavage à la salle d'intervention, dans un plateau avec un sachet de couleur verte. Après son utilisation, il revient par le même passage dans un bac avec un sachet de couleur rouge. La traçabilité de nettoyage / désinfection des endoscopes est effective et retrouvée dans le dossier (ticket de l'automate agrafé). Des contrôles microbiologiques sont réalisés sur les endoscopes (lors d'un retour de réparation, pour un prêt, ...) et les résultats sont reçus par l'EOH en lien avec le CLIN. Le nettoyage des locaux est réalisé et tracé par des ASH. La traçabilité de l'ouverture de la salle de bloc est enregistrée sur un cahier. Les FEI sont prises en compte au bloc endoscopie. Les examens d'anatomopathologie sont suivis sur un classeur regroupant les différents laboratoires intervenants. Les vigilances sont suivies et opérationnelles. Pour les patients de l'UCA, les consignes à suivre au retour sont écrites et également notées sur le passeport ambulatoire. L'heure et l'autorisation de sortie sont signées par le médecin après vérification de l'aptitude à la rue.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La recherche des indicateurs nationaux est effective. L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité...) comme : nombre d'examens réalisés, évaluation des items de conformité de la prescription des DMI et DM, traçabilité de la vérification d'ouverture de salle, suivi des prélèvements bactériologiques d'endoscopes, évaluation de la chek list, prélèvements des armoires ESET.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel : actualisation des procédures, acquisition d'une armoire ESET, augmentation du parc d'endoscopes, nouvel emplacement pour la traçabilité de la recherche du risque ATNC, nouveau cahier de traçabilité des prélèvements anatomopathologiques, formation du biomédical à la maintenance et au suivi des pannes des laveurs, mise en place de l'arrivée du patient « debout », etc... Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée par la cellule qualité (direction, CME, CLIN, ...), en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers par leur participation au CLIN ou à la CDU.

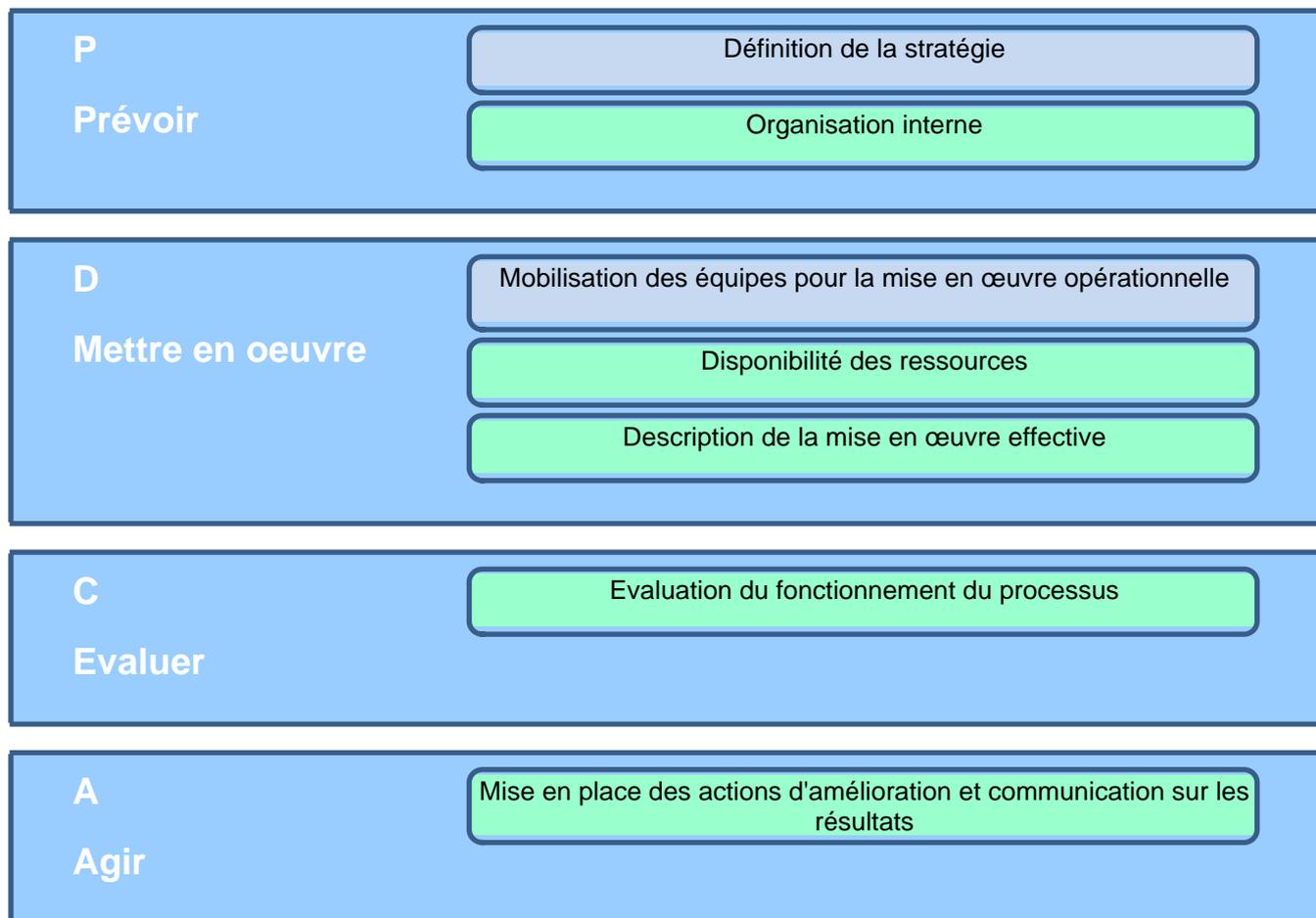
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La maternité de la Clinique Rive Gauche est de type IIa. Elle assure environ 3600 naissances par an. La stratégie de l'établissement pour le secteur naissance est précisée dans le document, validé par les instances, qui recense les orientations stratégiques 2016-2021. Les principales missions sont d'offrir à la population une prise en charge globale de la mère et de l'enfant à naître, dans un souci de personnalisation du projet de soin et de promotion de la parentalité. Cette politique est également précisée dans un projet de service et se décline en de multiples actions telles que la préparation à la naissance, l'entretien prénatal, les journées naissance, les groupes pères ou les multiples ateliers. Le secteur naissance s'est également doté d'un manuel qualité. La maternité est membre du réseau MaterMip, au sein duquel elle est très active. La culture qualité est profondément ancrée en salle de naissance, et l'équipe a participé au projet expérimental PACTE de l'HAS. Les résultats de l'enquête sécurité ont également servi de support pour l'identification des risques. Les principaux risques ont été identifiés par un travail pluri-professionnel sur la base d'une cartographie, enrichie d'éléments issus des RMM, EI et plaintes. Ils sont hiérarchisés et priorisés, et concourent à l'identification d'objectifs d'amélioration. Les risques retenus concernent l'asphyxie périnatale, l'hémorragie de la délivrance, la séparation mère enfant ou les défauts de communication en équipe. Les modalités de mise en oeuvre du programme d'amélioration sont formalisées, avec responsable, échéances et modalités de suivi. Le Compte Qualité est intégré dans le PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne de la salle de naissance est précisée dans un règlement intérieur, qui complète un manuel qualité. Elle comprend 8 salles de naissances, 6 salles de pré-travail et deux salles de césarienne dédiées. Deux salles de travail comportent une baignoire. Un dépôt de sang avec 4 culots permet de parer à l'urgence hémorragique. Le pilotage du processus est assuré par 3 co-pilotes qui bénéficient d'une fiche de mission institutionnelle. Des listes de garde et d'astreinte sont diffusées chaque mois et affichées dans le secteur. Une coordinatrice en maïeutique assure la régulation des activités du secteur. Les besoins en ressources humaines, tant quantitatifs que qualitatifs sont assurés. Un effort particulier est mis sur la formation des soignants (DU d'hygiène; lactation; simulation haute fidélité...). Les ressources documentaires font l'objet d'un travail collaboratif bi-annuel, à l'occasion des "Commissions Obstétrique". Les protocoles sont actualisés, validés et diffusés. Une centrale de monitoring permet la surveillance du travail. Les ressources matérielles sont disponibles et adaptées aux risques identifiés. Différents équipements permettent de sécuriser la prise en charge: pour la surveillance continue du nouveau-né, pour l'urgence vitale, pour l'embolie amniotique, l'hyperthermie maligne ou la tocolyse aiguë. La maintenance tant préventive que curative est assurée. Les locaux de la salle de naissance sont fonctionnels, à l'exception de la salle de césarienne qui est exiguë et où est stocké l'arsenal chirurgical. Ce périmètre est le prochain à bénéficier de la restructuration en cours dans l'ensemble de l'établissement. Au cours de la visite, les EV ont noté un dysfonctionnement concernant la vérification du matériel en salle de césarienne. Une procédure corrective a immédiatement été mise en place et déployée par le management. Différentes modalités de communication permettent de partager les informations avec le personnel: journal interne, affichage, CME, réunions de service, réunions bi-annuelle. Le système d'information repose sur un dossier informatisé partagé, présent depuis de nombreuses années dans l'établissement et ayant bénéficié de multiples améliorations, notamment l'interface avec le dossier de soins. Seul le partogramme est manuscrit, mais le choix d'un partogramme informatisé vient d'être finalisé par l'encadrement. De nombreux praticiens disposent du même logiciel en consultation ce qui sécurise la continuité des informations. Les praticiens qui travaillent avec un outil différent organisent la mise à disposition par la clinique des éléments utiles du dossier patient en amont de l'hospitalisation, par fax ou via la patiente elle-même. Certains documents sont scannés et intégrés dans le DPI, d'autres conservés dans une pochette. Cette co-existence ne nuit pas à la sécurité des données.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de secteur sont en charge du déploiement opérationnel du programme dans leurs unités. Leurs objectifs ont été identifiés par le top management et formalisés dans des fiches de poste. Les professionnels ont été largement mobilisés pour l'identification des risques et le choix des actions prioritaires. Les personnels rencontrés sur le terrain connaissent les risques identifiés et leurs modalités de prise en charge. Le secteur met en oeuvre diverses actions périodiques d'évaluation telles que EPP ou RMM. Les modalités de déclaration des EI sont connues et ces dernières font l'objet d'un traitement adapté. Le logiciel de déclaration permet de suivre la procédure et d'informer sur les résultats. Les

actions correctives sont identifiées par les co-pilotes du processus, qui informent les professionnels de leurs choix et s'assurent de leur validation. Les effectifs et compétences sont suffisants pour l'activité. Les professionnels sont formés périodiquement.

Une politique est en place pour l'intégration des nouveaux arrivants, avec notamment la journée annuelle d'intégration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les documents utiles à l'activité sont disponibles et connus des personnels. Leur rédaction est participative et leur actualisation régulière. Leur accès sur la GED est aisé et maîtrisé. Les locaux sont conformes, adaptés et régulièrement entretenus. Les équipements et matériels sont disponibles, de même que les outils informatiques. Les ressources humaines (présence et compétences) sont adaptées à l'activité. De nombreuses formations tant en interne qu'en externe concourent au maintien des compétences. Les interfaces entre les secteurs sont définies et reposent sur l'utilisation du DPI. L'entretien des locaux et la maintenance des équipements sont assurés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients est organisée au sein de la salle de naissance, de l'arrivée en urgence au retour en suites de couches. Les procédures établies sont mises en oeuvre, l'information est disponible à chaque étape de la prise en charge, les circuits sont identifiés et respectés (y compris pour le passage en salle de césarienne et la surveillance en SSPI, laquelle est située à un étage différent au sein du bloc opératoire général). L'information issue des consultations antérieures est disponible, de même que pour les consultations réalisées en urgence par les sages-femmes. Un cahier de traçabilité, mis en place à l'occasion de la visite des EV, permet la vérification quotidienne du matériel pour chaque salle de naissance. Le DPI permet la traçabilité des informations en temps réel, tant pour les observations soignantes que pour la prise en charge médicamenteuse. Seul le partogramme est manuscrit, mais il comporte l'ensemble des éléments nécessaires à la sécurité et à la surveillance de la patiente et du nouveau-né. Un pédiatre est mobilisable à tout moment, présent en journée et en astreinte opérationnelle la nuit. Une garde obstétricale est organisée, avec renfort possible par des collègues en astreinte. Un anesthésiste dédié à la maternité est présent 24h sur 24. La réalisation d'une césarienne en urgence la nuit nécessite l'appel de l'aide-opératoire en astreinte. En cas de césarienne code rouge, une sage-femme se rend disponible pour démarrer l'intervention. Les interfaces sont opérationnelles avec la salle de SSPI et avec le secteur des suites de couches, par l'intermédiaire d'une check-list. A l'occasion d'un patient traceur, une non conformité sur le transport de la patiente de la salle de naissance vers les suites de couches a été identifiée. L'établissement a réagi très rapidement en modifiant la procédure et en diffusant une note de service signée par l'ensemble des intervenants. Le transfert des patientes vers une maternité de niveau plus élevé est organisé via les protocoles et procédures du réseau périnatal.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur met en oeuvre de nombreuses actions d'évaluation couvrant l'ensemble du processus: check-list, audit contention, audit bio-nettoyage, audit hygiène au bloc obstétrical, audit douleur du nouveau-né, port du bracelet, enquête Maternip sur l'allaitement, présence de l'information patiente dans le dossier en cas de césarienne programmée... Un tableau de bord d'indicateurs permet un suivi régulier: nombre de RMM, nombre d'EI, check-list de sécurité, pertinence des césariennes programmées, hémorragie du post-partum. Les indicateurs d'activité font également l'objet d'un suivi. Un plan d'action permet le suivi de l'avancée des travaux. Un pilote est identifié et responsabilisé pour chaque action d'amélioration.

A / AGIR

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

Les différents audits et suivis d'indicateurs ont permis de mettre en place de nombreuses actions d'amélioration. Cent EIG sont recensés en moyenne chaque année et font l'objet d'actions correctives. Citons à titre d'exemple l'acquisition d'un pHmètre pour la surveillance de l'asphyxie du nouveau-né, la mise en place d'un kit embolie amniotique, les formations à la réanimation néonatale et les formations par simulation. Les résultats sont communiqués aux professionnels par affichage, et à l'occasion de réunions dont les présentations sont archivées. Les IQSS sont affichés dans différents lieux dont l'accueil général.