



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION HÔPITAL PRIVE DE LA LOIRE

**39 boulevard de la palle
42030 Saint-Etienne
SEPTEMBRE 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	19
DROITS DES PATIENTS	23
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	40
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	57
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	63
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	69

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

HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	
Adresse	39 boulevard de la palle 42030 Saint-Etienne
Département / région	LOIRE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	420011405	SA HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	39 boulevard de la palle 42030 Saint-Etienne
Etablissement de santé	420011413	HOPITAL PRIVE DE LA LOIRE	39 boulevard de la palle 42030 Saint-Etienne

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	143	/	43
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	60	1	/
MCO	Médecine	97	5	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Convention de mise à disposition de temps d'oncologue médical par l'Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth au HPL</p> <p>Sous-traitance reconstitution des cytotoxiques Convention avec l'Institut de Cancérologie Lucien Neuwirth</p> <p>Convention avec la Clinique de St Victor pour la prise en charge des pathologies psychiatriques</p>

Convention inter-établissement portant création d'une équipe mobile d'infectiologie

Convention avec le CHU de Saint Etienne

Réseau régional de cancérologie Rhône Alpes

Groupement de Coopération Sanitaire Réanimation et Surveillance continue

CHU de Saint Etienne, Hôpital Privé de la Loire, Mutualité Française Loire, CH de Monbrison,

Réseau Périnatalité Loire / Nord Ardèche ELENA

CH d'Annonay, CH de Feurs, CH de Firminy, CH de Montbrison, CH du Pays de Gier, CH de Roanne, CHU de Saint Etienne, Hôpital Privé de la Loire, Hôpital de Moze

Réulian - Réseau d'Urgence Ligérien - Ardèche Nord

CHU de Saint Etienne, CH Annonay, CH Feurs, CH Firminy, CH Montbrison, CHPG Saint-Chamond, CH Roanne, HPL Saint Etienne, GCS UPAMUT, Clinique du Renaison Roanne

Oncoloire

Hôpital Privé de la Loire, CHU de Saint Etienne, Institut de Cancérologie de la Loire, Clinique du Parc, Mutualité Française Loire

Convention avec l'EFS Auvergne Loire dans le cadre de l'approvisionnement en PSL

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
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	Adulte	USIC	insuffisance cardiaque	urgences	complexe	MCO
2	Adulte	chimiothérapie-HTP	cancer	programmé	simple	MCO
3	Adulte	orthopédie	A définir	programmé	simple	MCO
4	Adulte	OPH - chirurgie ambulatoire	cataracte	programmé	simple	MCO
5	Adulte	maternité	accouchement	urgences	simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

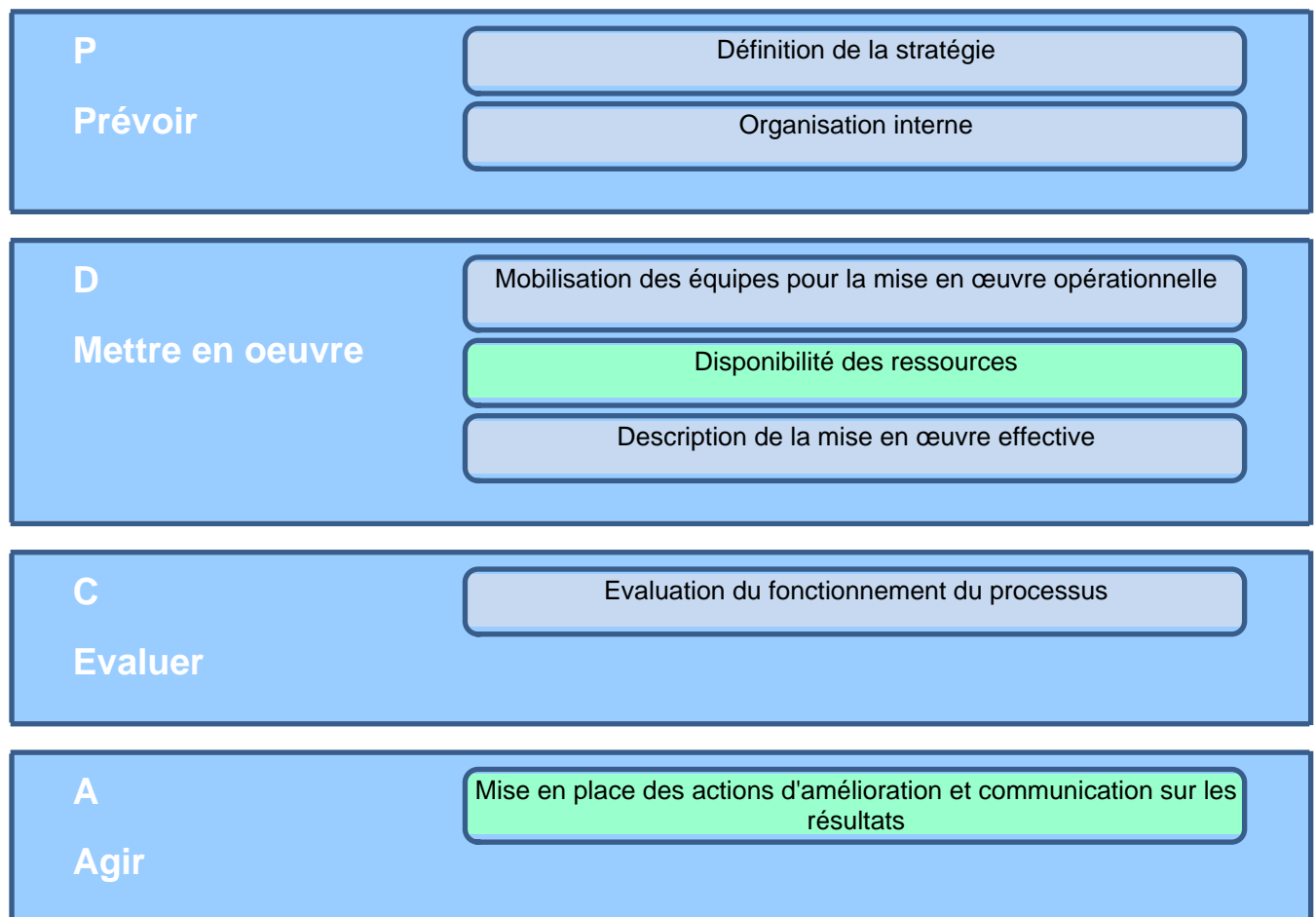
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 politique qualité et sécurité des soins de l'Hôpital Privé de la Loire (HPL) vise à « offrir aux patients une prise en charge de qualité, dans des conditions de sécurité optimales » et d'organiser une « démarche qualité basée sur la participation de tous ». Portée par le Directeur Général et le Président de CME, elle est intégrée au Projet d'établissement 2016-2020. Elle définit les objectifs opérationnels en déclinaison des axes stratégiques du projet d'établissement qui visent à :

- Développer un système de management intégré de la qualité et de la sécurité des soins.
- Développer la culture sécurité et la culture de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) auprès des professionnels en lien avec le Développement professionnel Continu (DPC).
- Etre à l'écoute des attentes des patients.
- Assurer la maîtrise des pratiques à risque.

Ces orientations sont identifiées au regard des obligations réglementaires, des objectifs contractualisés avec les tutelles, des rapports issus des inspections, du référentiel HAS, de la politique qualité du Groupe et des résultats des différentes évaluations internes.

La politique a été élaborée par le Comité de pilotage qualité et validée en janvier 2018. Elle a été présentée à l'ensemble du personnel lors de la cérémonie des vœux et diffusée via la gestion documentaire informatisée.

Elle définit les moyens concourants à son déploiement (la formation, les instances de pilotage et de mise en œuvre, l'association des représentants des usagers, les outils de suivi et d'accompagnement, les personnes et structures ressources, la communication).

La stratégie de développement des EPP est formalisée dans une politique validée par le Directeur Général et le Président de CME (Janvier 2018). Elle définit les modalités d'ouverture et de fermeture d'une EPP, les modalités de suivi, la communication et les documents supports des démarches.

L'Hôpital Privé de la Loire s'est saisi de la Certification V2014 et du Compte Qualité (CQ) pour structurer sa démarche qualité par l'approche processus. Ainsi en fonction de leurs compétences et responsabilités et afin d'avoir une vision « médicale », des pilotes de processus ont été identifiés en COPIL qualité et des référents médicaux en Conférence Médicale d'Etablissement (CME).

Ces binômes, à l'aide d'un kit fourni par le service qualité en accès partagé sur le réseau, ont formalisé à l'aide de personnes ressources la cartographie du processus, la cartographie des risques en associant les professionnels de terrain et le plan d'action en lien. Les risques ont été priorisés selon l'échelle de la HAS et les plus significatifs ont implémenté le CQ.

Ce travail a été validé en Copil Qualité. Les actions inscrites au CQ sont articulées avec le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel. Le PAQSS qui est la déclinaison opérationnelle de la politique qualité prend en compte l'analyse a priori (cartographie des risques) et a posteriori des risques (événements indésirables - EI), les démarches d'évaluations (EPP, audit groupe, audit interne, IPAQSS,...), les résultats des visites d'inspection, la satisfaction et réclamations des patients... Les actions inscrites identifient l'objectif, la source, l'instance référente, le service concerné, les responsables, un calendrier, l'état d'avancement et la modalité de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'Hôpital Privé de la Loire a établi une organisation pour piloter son processus. La politique qualité et sécurité des soins ainsi qu'un organigramme définissent la structuration de la démarche. Ainsi, le management stratégique et politique est confié à la CME et au COPIL qualité, instance pluri professionnelle, présidée par le Directeur général au sein de laquelle siègent l'ensemble du Comité de Direction (CODIR), des représentants de la CME dont le Président de la CME, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (vice-président CME), le service qualité, les chefs de pôles.

Le management opérationnel, sous contrôle du COPIL qualité, est confié aux pilotes de processus qui ont pour mission d'être référents et animateurs de la démarche qualité et sécurité des soins pour leur processus. En ce sens, le pilotage opérationnel du processus « management de la qualité et gestion des risques » est confié au Responsable Qualité et au Président de CME.

Pour le déploiement de la stratégie sur le terrain, les pilotes de processus s'appuient sur les instances projets et opérationnelles (CLIN, CLAN, CLUD, CIV, Conseil de bloc, Comité de sécurité Transfusionnelle et d'Hémovigilance,...), sur l'encadrement (Chefs de Pôle et Responsables des Unités de Soins) et des

personnes ressources (référents hygiène, douleur, stagiaire, Hôpital Numérique,...). Les rôles et missions des pilotes de processus ont été formalisés dans une fiche générique signée. S'agissant des instances (COPIL Qualité, CDU, CLAN, CME, CLUD,...) des règlements intérieurs sont formalisés et pour les référents des fiches de fonction sont établies.

Le pilotage de la gestion des risques est confié au Comité des Vigilances et des Risques (COVIR) qui est chargé de la coordination des vigilances et de la démarche a posteriori des risques avec une Cellule opérationnelle et les groupes de Revue Morbi-Mortalité (RMM) transversales et spécifiques à l'obstétrique. Les modalités de fonctionnement sont décrites dans des règlements intérieurs pour le COVIR et la RMM et dans une Charte pour la RMM pôle maternité.

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

Concernant les ressources humaines, l'établissement prévoit les moyens et compétences. Un service qualité composé d'un responsable qualité-gestionnaire des risques chargé du management de la qualité et des risques et d'une assistante qualité est en place. Le vice-président de la CME est désigné Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins depuis 2013 (fiche de missions). La Pharmacienne est identifiée Responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (fiche de missions) et correspondante pour la pharmacovigilance, la matériovigilance et l'hémovigilance. La médecin DIM est correspondante identitovigilance. Deux autres praticiens sont correspondants pour la biovigilance et l'infectiovigilance. Une liste répertorie les correspondants avec leurs coordonnées. Une Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) est en place.

Le Groupe et le Directeur de site organisent la veille réglementaire. Une procédure formalise le circuit de la « veille sanitaire ».

L'acquisition de connaissances et de compétences nécessaire au management de la qualité et gestion des risques est favorisée par la politique formation et par les actions de sensibilisation menées en interne.

Le plan de formation est construit en fonction des priorités nationales, du groupe, institutionnelles et individuelles. Sur ces principes, des actions de formations sont prévues en 2018 sur la qualité et la gestion des risques : Analyses de Causes Racines des Événements Signalés (ACRES) pour 2 professionnels ; Retour d'Expérience (RETEX) pour 12 professionnels ; identitovigilance pour 70 professionnels ; chemin clinique pour 1 professionnel ; patient traceur pour 50 professionnels ; déclaration des EI (GERIMED) pour 70 professionnels,... ainsi que sur le cœur de métier (prise en charge de la douleur (50) ; lecture du rythme cardiaque et fœtal (12) ; prise en charge de l'enfant en SSPI (2) ; troubles du comportement alimentaire (10),... et de nombreuses formations qualifiantes (Diplôme Universitaire acupuncture ; D.U. conciliation médicamenteuse ; Master cadre de santé ; IBODE ;...).

Des actions de sensibilisations sont organisées lors de journées à thème en interne (pour exemple sur la semaine sécurité des patients en 2017 : chambre des erreurs sur l'identitovigilance, l'hygiène, le médicament et la coordination des soins ; quizz interactifs sur le risque infectieux ; sensibilisation sur le lavage des mains,... ou encore sur les pratiques métiers au cours de la semaine nationale de prévention de la mort inattendue du nourrisson avec des ateliers pratiques autour de la chambre de bébé et des modes de couchages). L'intégration des nouveaux arrivants est prévue sur un temps de doublon et une journée d'intégration est organisée une fois par an par le service des ressources humaines avec visite de l'établissement (présentation de la manutention des personnes et ergonomie, du comité de lutte contre la douleur, de la démarche qualité-gestion des risques et certification, de la prévention du risque infectieux,...). La formation au logiciel dossier patient informatique est organisée par le référent HN et par le service qualité pour la formation à la gestion documentaire et à la déclaration des événements indésirables. Les codes informatiques pour l'accès au dossier patient sont gérés par le service informatique et par le service qualité s'agissant du module qualité (gestion documentaire et signalement EI).

L'établissement prévoit ses ressources documentaires pour organiser son système qualité. La gestion électronique documentaire (GED), est organisée sur un module dédié sur le logiciel dossier patient accessible à tous les professionnels depuis leur poste informatique.

La GED regroupe des supports de communication interne (comptes rendus, règlements intérieurs, fiches de poste,...) et des outils d'aide et d'accompagnement à la prise en charge et au fonctionnement des services (procédures, protocoles, documents, guides...).

Le système qualité et gestion des risques est documenté (procédures : « la base documentaire », « traitement des déclarations des événements indésirables », « création, validation et diffusion des procédures, protocoles, fiches techniques et enregistrements », « gestion des alertes sanitaires, matériovigilance et pharmacovigilance à la PUI », « plan blanc », « gestion des réclamations », « évaluation de la satisfaction », « transfusion conduite à tenir suite à un effet indésirable receveur »...).

En termes de matériel, le dispositif de gestion de la qualité et des risques s'appuie sur le dispositif informatique pour l'accès à la documentation (GED) et le signalement des EI. L'hôpital projette à la fin du premier semestre 2018 de basculer pour la GED sur un logiciel groupe. Le déploiement a été organisé sous démarche projet (phasage technique, formation et rétro-planning).

Des ordinateurs, disponibles dans tous les services, permettent l'accès des professionnels à ces

ressources. En cas de dysfonctionnement informatique, l'assistance des utilisateurs est organisée par le service informatique interne ou encore par le prestataire. La maintenance préventive et curative des équipements biomédicaux est organisée par le service biomédical (un ingénieur et deux techniciens biomédicaux) via un logiciel de Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur (GMAO).

Une procédure « gestion de la maintenance des équipements biomédicaux » décrit l'organisation en place. S'agissant des dispositifs médicaux (DM) réutilisables ou non – implantables ou non ainsi que tout le matériel nécessaire aux soins, l'organisation et le suivi sont confiés à la correspondante en matériovigilance (pharmacienne). Pour les travaux courants, une équipe technique en interne est identifiée (trois agents et un responsable technique et sécurité). Les demandes et le suivi de leurs interventions sont organisés via des cahiers dans les services.

L'implication des Représentants des Usagers (RU) est organisée. Ils sont informés de la politique qualité et des projets en cours lors des réunions de la CDU. Ils sont intégrés au dispositif de recueil de la satisfaction des usagers et de gestion de plaintes.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée par le COPIL qualité qui regroupe les fonctions de direction, de qualité et gestion des risques, de représentants médicaux, ainsi que d'encadrements de service. Par ailleurs, le service qualité composé d'un responsable qualité gestionnaire de risque et d'une assistante qualité assure la cohérence et le suivi de l'avancée des travaux des différentes composantes du système qualité et de gestion des risques. Il est le soutien méthodologique et organisationnel de tous les acteurs. Des fiches de fonction formalisent leur rôle et leurs attributions. Il travaille également en collaboration avec le service Qualité du Groupe.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Selon les besoins et les risques spécifiques des secteurs d'activité, des objectifs et des plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. En ce sens, ce sont les pilotes de processus qui sont chargés du déploiement opérationnel du programme en lien avec les instances opérationnelles, les Responsables des Unités de Soins (RUS) et les personnes référentes. Le service qualité assure l'accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques. Il intervient également au CORUS (réunions des responsables des unités de soins) pour donner les informations qualité et risques (neuf par an).

Des actions de sensibilisation et d'information des équipes sont menées de façon structurée et formalisée sur les réunions de services tous les trimestres (points évoqués sur le service de médecine : satisfaction du patient, résultats des indicateurs de performance, information et sensibilisation au signalement des EI, réussites, axes d'améliorations et projets/objectifs du service). De plus, dans chaque service un tableau d'affichage dédié à la « qualité et gestion des risques » permet de diffuser les derniers comptes rendus d'instances (CLIN, CLUD, CLAN,...), les documents ayant intégrés la GED dans le mois, le bilan des EI, ... La participation à des journées à thème concourt également à la sensibilisation des professionnels (pour exemple sur la semaine sécurité des patients en 2017 un atelier était consacré à l'affichage des fiches RETEX issues des ACRES).

La conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues est effectuée dans le cadre d'évaluations institutionnelles conduites via les patients traceurs, EPP, recueil trimestriel des indicateurs de performances pour l'ensemble des services (préparation de l'opéré, douleur, dénutrition, traçabilité de l'administration des médicaments) ou encore sur des évaluations propres aux services via des quick audits (sur le port du bracelet d'identivigilance, l'évaluation du risque d'escarre, la désignation de la personne de confiance, l'évaluation du risque de chute,...pour exemple en service de médecine).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.) en associant les professionnels, notamment dans les ACRES, dans les réunions de service, ou encore dans la validation de documents (triptyque d'information sur la cataracte, procédure prévention de chute, prévention du risque de fugue, réactualisation du livret d'accueil stagiaire,...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences en termes de méthode sur la qualité et la gestion des risques sont effectives : responsable qualité, assistante qualité, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (Vice-président CME et président du COVIR).

Des référents sont identifiés dans les services (pour exemple en médecine et en chirurgie des professionnels référents CLIN, CLAN, CLUD, pharmacie/transfusion/matériovigilance, étudiants). Les professionnels sont formés aux outils qualité et risques. Ainsi en 2017, les pilotes de processus ont été formés par le Groupe (soit 21 pilotes sur 22 et 12 référents médicaux sur 22). Le personnel a été formé à

l'outil de signalement des EI (113 en 2016 et 51 en 2017 et poursuite sur 2018). L'ensemble des Responsables d'Unités de soins a été formé à la méthodologie du patient traceur en 2016. La formation aux ACRES et au RETEX des membres du comité des cadres (CODIR, Chefs de Pôles, l'encadrement soignants/ techniques/ administratifs/ logistiques) est initiée depuis 2016.

Par ailleurs, les professionnels sont formés sur les pratiques métiers pour exemple : sur la transfusion et le dépôt de sang (de façon pluriannuelle), la gestion de l'agressivité, l'annonce en cancérologie, ...

Le dispositif de signalement des événements indésirables et de gestion documentaire est disponible dans tous les services depuis les postes informatiques.

Le matériel nécessaire à la réalisation des activités et de la prise en charge des patients est effectif. Les professionnels peuvent en outre solliciter les besoins en équipements et matériels au regard de besoins nouveaux auprès de leur RUS qui en réfère à la Chef de Pôle pour validation de la Direction. De plus, les professionnels sont associés aux projets architecturaux (plan, matériel et visite de structures extérieures pour le projet d'un circuit ultra court en ambulatoire, pour exemple).

La gestion des réclamations et des plaintes est opérationnelle et associe les responsables et les professionnels de terrain, si besoin.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie en termes de système de management de la qualité (documentation, signalement EI, ACRES, patient traceur, plaintes et réclamations,...) et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Ils accèdent depuis leur poste de travail au module de gestion documentaire informatique pour retrouver les documents utiles à leur exercice. Les documents originaux signés sont conservés par le service qualité.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est opérationnel, connu et mis en œuvre (987 signalements en 2017, 656 en 2016, 423 en 2015). Les professionnels connaissent le circuit de signalement et ont un retour sur leur déclaration via le logiciel. En cas d'évènement grave, le signalement fait l'objet d'une analyse de causes profondes en ACRES (méthodologie Groupe), en associant les professionnels concernés (9 en 2017) et une fiche RETEX anonymisée est formalisée et diffusée aux professionnels via la GED ou par le RUS.

L'établissement apporte une vigilance particulière sur le dispositif de signalement et encourage les professionnels à signaler. Une charte d'incitation au signalement des erreurs et événements indésirables est affichée dans tous les services sur le tableau qualité dédié et des formations sont menées régulièrement.

Les EPP sont déployées dans l'ensemble des prises en charge (urgences, ambulatoire, hospitalisation, bloc opératoire, hospitalisation à temps partiel, chirurgie) et des spécialités (cancérologie, mère-enfant, ORL, ophtalmologie, médecine, orthopédie, obstétrique,...). Les RMM mises en œuvre de façon transversale concernent entre autre les secteurs de chirurgie, anesthésie, réanimation et cancérologie. Des RMM plus spécifiques sont déployées pour l'obstétrique. Le service qualité suit l'accréditation des médecins (40 praticiens accrédités et 10 en cours) par l'envoi d'un courrier et d'une charte de sensibilisation. L'établissement dispose d'une autorisation pour un dépôt de sang. L'hémovigilant travaille en collaboration avec l'Etablissement Français du Sang (EFS) qui participe notamment à la validation des procédures internes.

Concernant le dispositif d'alertes sanitaires, il est opérationnel 24/24 et 7/7, connu par les professionnels et appliqué. La pharmacienne archive toutes alertes reçues et assure une traçabilité et le retour/ou destruction du produit si l'établissement a été concerné (lot retiré, date et signature).

Le dispositif de gestion de crise a été mis à jour (octobre 2017) et l'opérationnalité de la procédure a été testée au cours d'un exercice régional en novembre 2017 et au niveau national dans le cadre de l'euro 2016 (l'établissement devait être mobilisable). Des comptes rendus ainsi que des actions d'amélioration ont été formalisés dans le cadre des réunions du COPIL qualité.

Le recueil de la satisfaction des patients est effectif. Les professionnels participent au circuit des plaintes et réclamations en faisant remonter au RUS les éventuelles insatisfactions exprimées. Ils peuvent donner lieu au signalement d'un EI. L'analyse des questionnaires de sortie ainsi que les plaintes et les réclamations sont suivies dans le cadre de la CDU. Un retour sur les EI et un point sur l'avancée de la démarche qualité sont systématiquement effectués.

Les RU sont informés et associés aux réflexions menées par l'établissement. Dans le cadre de leurs missions, ils ont été associés à la semaine sécurité des patients, à la mise à jour du livret d'accueil du patient, au travail de communication autour des directives anticipées (affiches), à un audit sur le port du bracelet d'identification, ... De plus, il est prévu la tenue d'un stand d'information lors de la journée européenne des droits en santé (en avril 2018). Par ailleurs, afin d'être en contact et de se faire connaître des professionnels, les RU visitent un service après chaque réunion de CDU.

Les circuits sont respectés et les interfaces nécessaires au système de management de la qualité sont connues (circuit destiné à la GED, circuit d'un signalement EI, circuit des vigilances sanitaires, modalités permettant d'engager une EPP,...).

Les instances sont opérationnelles et les réunions font l'objet d'un compte rendu diffusé aux professionnels via le module de gestion documentaire informatisé et/ou par affichage. Ainsi, la traçabilité des actions et activités réalisées dans le champ du système de management de la qualité est réalisée (compte-rendu, émargement, bilan annuel,...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation du processus management de la qualité et gestion des risques. Des cartographies des risques ont été déployées. L'analyse des FEI a conduit à la mise en place d'ACRES (9 en 2017 ; 12 en 2016), de RMM (19 en 2017 dont 2 en gynéco-obstétrique et 6 dans le cadre du réseau Périnatal Loire Nord Ardèche). Des patients traceurs ont été menés (6 en 2017).

Des EPP sont en place (33 EPP actives). Des indicateurs de performances sont définis et suivis par service. Le recueil des indicateurs Hôpital Numérique et des IPAQSS est assuré. Le dispositif E-satis est en place avec information des patients, recueil des adresses mail et transmission des fichiers. L'évaluation de la satisfaction des usagers et des plaintes et réclamations est réalisée en lien avec la CDU.

De plus dans le cadre de son appartenance à un Groupe, l'établissement participe à des évaluations conduites annuellement ("visite de risques" pour l'année de la certification et "Qualiscope" tous les deux ans) et à des comparaisons inter-établissements (pour exemple : score de satisfaction du questionnaire de fin de séjour «Net Promoteur Score »). Le PAQSS institutionnel est suivi régulièrement dans le cadre du pilotage des processus par les pilotes, le responsable qualité et au sein des instances stratégiques et opérationnelles. A fin 2017, 80% des actions avaient été réalisées.

Un tableau de bord avec suivi d'indicateurs est en place (IPAQSS, indicateurs de performance, indicateurs internes dont des indicateurs sur le système de management de la qualité). Un « bilan d'activité qualité et risque » est formalisé sous une trame groupe. Les données quantitatives de ce document sont mises en perspective qualitativement dans les bilans annuels ou dans les comptes rendus d'instances.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre en fonction des résultats d'évaluation. A ce titre, l'établissement a procédé à la mise en place d'actions pour améliorer son indicateur sur la qualité du document de sortie. Les actions issues des signalements, des RMM, des EPP, des patients traceurs, des nouvelles orientations de travail des instances... sont intégrées aux PAQSS.

La cartographie des risques pour l'ensemble des processus inscrits au CQ a permis d'identifier des actions d'amélioration. En fonction du suivi des actions d'amélioration assuré au long court par les pilotes de processus, les risques sont prévus d'être réajustés lors d'une revue de processus fin 2018.

La communication vers les professionnels est assurée sous plusieurs vecteurs : par affichage (tableau « qualité et risques » dans les services dédié à la communication notamment des bilans semestriels des EI et de la synthèse des principales actions d'amélioration issues des EI et ACRES), par la messagerie (nouveau documentaire pour exemple), via le journal mensuel (« HPL MAG »), lors des journées à thème, lors des réunions de service, lors de la cérémonie des vœux mais également via les personnes référentes,... Par ailleurs les comptes rendus de réunions sont disponibles dans la GED.

En externe, l'établissement communique via l'affichage au public pour les indicateurs IPAQSS et la satisfaction des usagers.

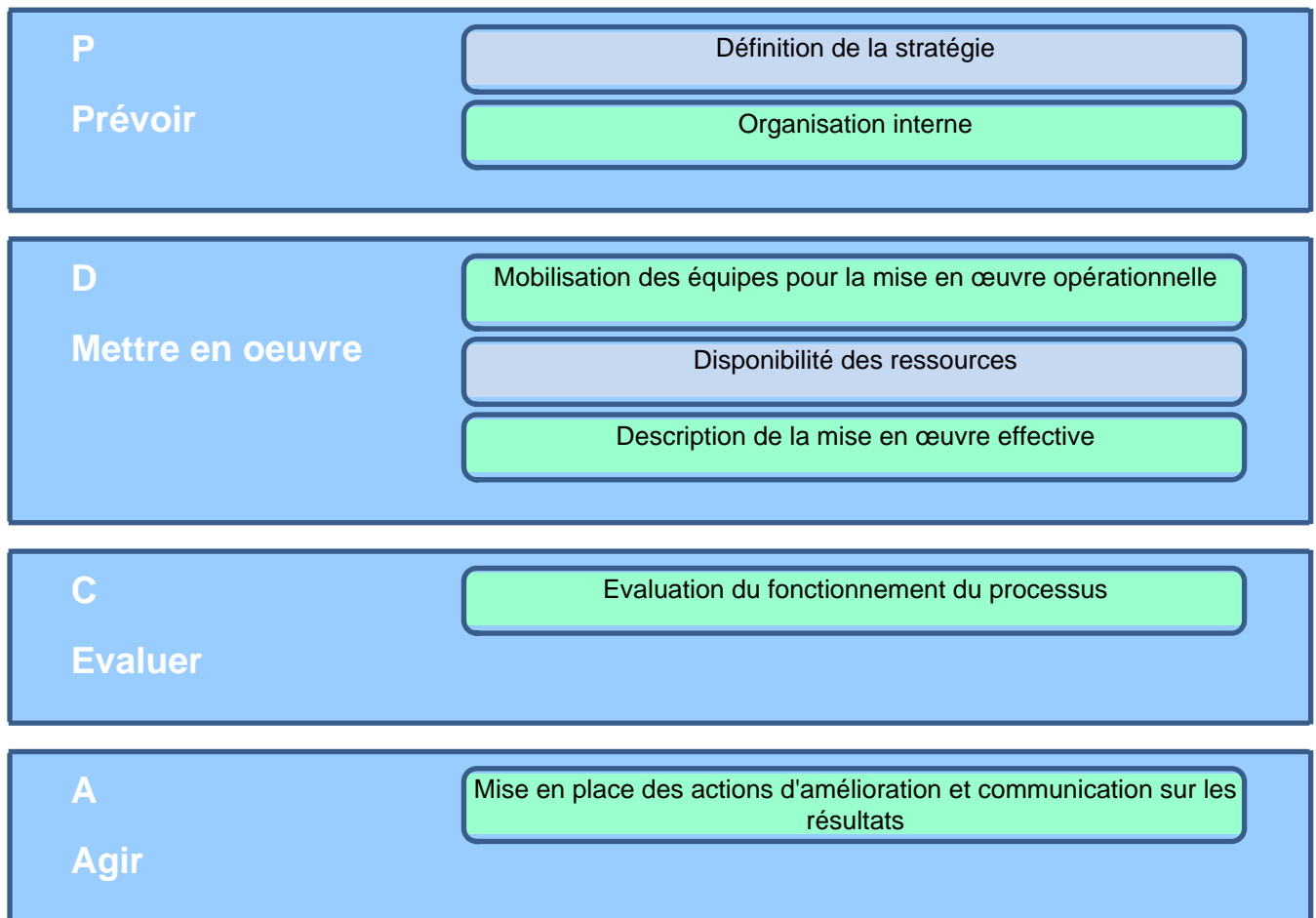
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital privé de la Loire a formalisé une politique de maîtrise du risque infectieux, validée par la CME, en concertation avec le CLIN (présidé par le médecin référent en antibiotiques et composé du Directeur, du pharmacien praticien hygiéniste, de l'IDE hygiéniste, de l'IDE référente hygiène, de biologistes et de l'ensemble des responsables des unités de soins) et le coordonnateur de la gestion des risques associé aux soins.

Le CLIN a élaboré une stratégie au travers de son programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

Suite aux travaux de groupes de travail et de l'EOH (composée de l'IDE hygiéniste 80% ETP, de l'IDE référente hygiène 20% ETP et du pharmacien hygiéniste 10% ETP), des risques prioritaires ont été identifiés, hiérarchisés et quatre d'entre eux intégrés au compte qualité : Risque de transmission croisée en lien avec une mauvaise gestion des excréta (urines, selles, vomissements), Défaut de procédure pour la prise en charge des patients en isolement protecteur, Non respect des précautions standard dans le cadre de la PEC des patients présentant une symptomatologie d'Otorhino Laryngologie (ORL) ou pulmonaire (port du masque non respecté), Défaut d'harmonisation des pratiques d'injections IntraVitréennes (IVT) au regard des recommandations.

Des objectifs de gestion du risque infectieux sur la base d'une identification du contexte et des activités à risques ont été définis, ainsi que des actions d'améliorations confiées à un responsable et un calendrier de réalisation.

La politique de maîtrise du risque infectieux est régulièrement évaluée et réajustée.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par l'infirmière hygiéniste. Elle s'assure aussi de la déclinaison du programme d'actions au sein de chaque secteur d'activité, via l'équipe opérationnelle d'hygiène et les responsables de pôles.

Les missions des instances et professionnels participant à la maîtrise du risque infectieux sont définies (lettres de mission, fiches de poste..).

Le Comité des antibiotiques, émanation de la COMEDIMS et du CLIN, est responsable de la politique antibiotique de l'établissement et veille à promouvoir le bon usage de ceux-ci (collaboration entre praticiens, pharmaciens, laboratoire, IDE hygiéniste et référent en antibiotique, sensibilisation et formation des praticiens aux modalités de prescription, dispensation contrôlée, mise à disposition d'un antibioguide numérique accès à des informations et des formations sur le web..).

Les professionnels de l'établissement disposent de nombreux protocoles de surveillance et prévention du risque infectieux, en particulier sur les risques identifiés dans le compte qualité.

L'organisation des conditions d'hygiène des locaux est mise en place avec l'EOH, tant pour le nettoyage assuré en interne que via le prestataire.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les membres de l'EOH, les référents en hygiène, les responsables des unités de soins assurent dans les services la déclinaison opérationnelle du programme institutionnel d'actions de prévention et surveillance.

Les règles établies pour la maîtrise du risque infectieux sont mises en œuvre dans les services.

Les bonnes pratiques en hygiène sont mises en place, expliquées et assurées par l'IDE hygiéniste aidé par l'encadrement des services. Ils sensibilisent régulièrement sur les risques identifiés. Des réunions trimestrielles des correspondants hygiène de toutes les unités, des sensibilisations des professionnels lors des réunions de service par les responsables, un affichage sur le tableau CLIN présent dans chaque unité et via le journal interne viennent également compléter le dispositif.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les moyens humains sont adaptés et de nombreuses formations sont conduites, tant sur les champs de l'hygiène des locaux, de la maîtrise du risque infectieux que de la prescription des antibiotiques.

La sensibilisation au bon usage des antibiotiques est réalisée dès l'accueil d'un nouveau praticien et lors des différentes instances réunissant les praticiens. Elle est favorisée par un accès internet pour tous les praticiens à des informations sur le bon usage des antibiotiques.

L'entretien des locaux est assuré en partie par les professionnels de l'établissement et par le personnel d'un prestataire. Tous connaissent et déploient les règles de maîtrise du risque infectieux en cours.

Les règles de sécurisation des DASRI, réactualisées avec les professionnels des unités de soins, sont connues et respectées, avec une traçabilité de la production de DASRI.

Les mesures de maîtrise du risque infectieux, dans les secteurs à risque (Bloc, endoscopie, salle de naissance et imagerie interventionnelle) sont connues, formalisées, mises en œuvre et tracées.

Les interfaces entre secteurs et professionnels (CLIN, EOH, CME, Comité des antibiotiques et les unités) sont opérationnelles.

Les moyens matériels (locaux de stockage des déchets, chariots, ...) sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Les ordinateurs permettant l'accès à la gestion documentaire qualité/gestion des risques sont accessibles dans tous les secteurs pour tous les professionnels concernés.

Les documents ont fait l'objet de réactualisation en associant les professionnels des services.

La bonne utilisation des antibiotiques ainsi que les documents de prescription d'antibiotiques en prophylaxie et en curatif sont diffusés dans la GED.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation prévue pour le fonctionnement, notamment par la présence et l'implication importante de l'infirmière hygiéniste et de l'infirmière référente auprès des professionnels, par la présence des correspondants en hygiène (deux par service) et le relais assuré par les responsables d'unités de soins dans l'information et le suivi des actions développées.

Un important travail a été mené sur la gestion des excréta, la prise en charge des patients en isolement protecteur, le respect des précautions standards, l'amélioration et l'harmonisation des pratiques d'IVT et le renforcement de la prévention des IAS et de la culture risque et sécurité des soins.

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} et la 72^{ème} heure est tracée dans le dossier patient.

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont menées dans les services de l'hôpital privé de la Loire.

Les procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre avec et sous le contrôle de l'EOH.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La gestion du risque infectieux fait l'objet de nombreuses évaluations et audits en plus des indicateurs nationaux, à l'aide d'indicateurs suivis par le CLIN, à la fois pour les secteurs à risque (bloc: préparation cutanée de l'opéré; endoscopie: décontamination des endoscopes ...) mais aussi sur les pratiques professionnelles des soignants (hygiène des mains et précautions standard) ou encore sur la base des interventions de l'infectiologue ou des formations conduites.

A / AGIR

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

De nombreuses actions d'amélioration sont mises en œuvre et articulées avec le PAQSS, notamment la mise en place et le suivi des actions correctives liées aux risques prioritaires. Il a pu être observé par l'expert visiteur une étroite collaboration entre l'infirmière hygiéniste, l'infirmière référente, les responsables d'unités de soins et les correspondants hygiène, qui se rencontrent régulièrement, assurent le suivi des actions et proposent la mise en place de nouvelles actions d'amélioration. La diffusion est

assurée en interne et en externe, notamment les indicateurs nationaux par voie d'affichage dans les services, sur le site internet et dans le bulletin d'information interne.

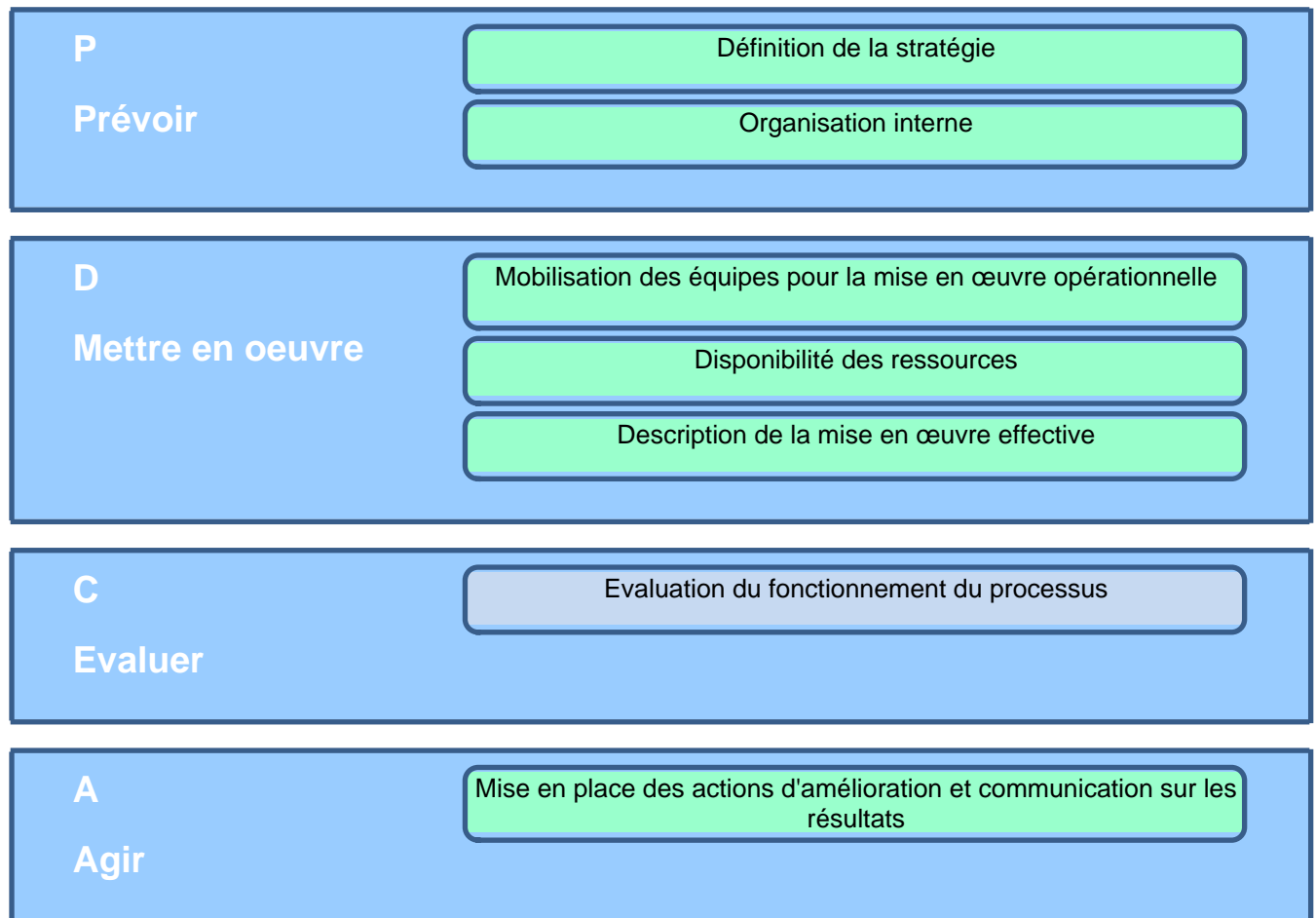
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une stratégie des droits des patients. Une politique droits des patients, écrite en septembre 2017, est déclinée à travers :

- la politique Qualité et Sécurité des soins de l'établissement
- le projet de soins de l'établissement
- la charte de bientraitance appliquée dans l'établissement
- le règlement intérieur de la Commission Des Usagers.

Elle présente les grandes orientations de l'établissement avec des objectifs mesurables en déclinant 8 axes :

- Former et sensibiliser les professionnels
- S'assurer des missions de la CDU et de sa connaissance par tous (patients et professionnels)
- S'assurer de la prévention de la maltraitance et de la promotion de la bientraitance
- Améliorer le taux de retour des questionnaires de satisfaction
- Identifier les associations d'aide aux patients et à leurs familles
- Identifier les situations conduisant à une restriction de liberté
- S'assurer de la complétude des dossiers (autorisation d'opérer, consentement éclairé, personne de confiance...)
- Pérenniser la démarche éthique.

Une information sur cette politique et sur les résultats des indicateurs est diffusée régulièrement aux professionnels et aux représentants des Usagers de l'établissement :

- dans la Gestion Documentaire Informatisée GED
- lors des réunions de la CDU
- lors des réunions du CODIR
- lors des réunions EPP
- par affichage dans les services.

Une charte bientraitance est affichée dans tous les locaux de prise en charge et dans tous les lieux de passage. Tous les documents liés à la politique de promotion et de respect des droits du patient sont disponibles dans la GED.

Les risques ont été identifiés. La hiérarchisation des risques a été réalisée, par le groupe "droits des patients" avec les professionnels concernés, pour la gravité, la fréquence et le niveau de maîtrise. Les risques identifiés, ont provoqué 6 plans d'actions insérés dans le Compte Qualité.

Cette stratégie, proposée par le Comité Qualité en lien avec la CDU est validée par la CME.

Pour la gestion des risques a posteriori, l'analyse des événements indésirables est coordonnée par le responsable qualité. La CDU est destinataire de ces travaux.

Le recueil et le traitement des plaintes et réclamations sont organisés. Il est prévu une analyse à chaque réunion de la CDU.

La CME, le Comité Qualité, le CODIR et tous les groupes de travail prennent en compte les droits des patients.

ORGANISATION INTERNE

La CDU coordonne les actions en matière de promotion et de respect des droits des patients. Elle rend compte, à un rythme annuel, de ses activités aux groupes et instances.

La CDU:

- valide les plans d'action droits du patient qui sont intégrés au PAQSS et au compte Qualité
- organise des évaluations et assure le suivi de ses indicateurs (plaintes et réclamations, délais de réponse à une plainte, nombre de médiations, taux de retour des questionnaires de sortie, taux de remise du livret d'accueil.....)
- définit ses procédures, qui tiennent compte de la législation en vigueur et des recommandations de bonnes pratiques. Elles sont diffusées aux membres de cette commission.

Les résultats sont analysés en réunion et des actions correctrices sont mises en place.

L'établissement a désigné:

- un pilote droits des patients, le RAQ, qui dispose d'une lettre de mission
- un référent médical, médiateur médical au sein de la CDU.

L'établissement s'est organisé pour favoriser le témoignage et la prise de parole des patients et de leurs proches au travers :

- des questionnaires de sortie
- des patients traceurs
- des EPP
- de l'implication des RU

et de l'organisation du recueil des plaintes et réclamations.

L'établissement a défini, les modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage des patients.

Les patients et leur entourage ont accès à des outils d'information dans les livrets d'accueil et les affichages concernant les Représentants des Usagers.

L'établissement a organisé la traçabilité de la désignation de la personne de confiance comme le confirment les patients traceurs.

Les professionnels ont accès à de la documentation et à des formations dans le domaine de l'éthique. Un comité éthique a été créé en 2017 et s'est déjà réuni 3 fois.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de l'établissement fédèrent les équipes autour de la démarche d'amélioration de la qualité de la prise en charge des droits des patients. Ils mettent en oeuvre les démarches d'amélioration prévues dans les services et s'assurent de l'adhésion et de l'implication des équipes en collaboration avec les représentants d'usagers.

Les réunions d'équipes contribuent à mobiliser les professionnels en les informant régulièrement sur les programmes, actions et indicateurs concernant les droits des patients.

Des actions de formation sont organisées chaque année par l'établissement (Bientraitance...).

Une charte de bientraitance est affichée dans de nombreux locaux.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels ressources sont principalement les membres du groupe dossier patient.

Les ressources matérielles principales sont :

- le livret d'accueil des patients
- la charte de la personne hospitalisée
- le questionnaire de satisfaction des patients.

Des matériels et des équipements sont mis en place au sein de l'établissement pour faciliter le respect de la dignité, l'intimité et la confidentialité des informations relatives au patient.

Il existe des chambres individuelles, des chambres à deux lits pour l'hospitalisation complète et des salles où les patients sont séparés par des paravents pour les activités ambulatoires. Aucune plainte ou réclamation n'a été recensée chez les patients séjournant en chambre à deux lits ou étant pris en charge en salle ambulatoire.

Les procédures et autres documents concernant les droits des patients sont disponibles pour l'ensemble des professionnels dans la GED.

Des informations destinées au patient et à son entourage sont affichées dans les locaux collectifs : la charte de la personne hospitalisée, des informations sur la CDU, des informations pratiques à destination de l'entourage des patients.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies, diffusées et disponibles dans la GED.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en oeuvre l'organisation établie pour le fonctionnement. La priorité est portée sur l'information du patient sur son état de santé, le respect du patient et la relation soignant-soigné. Les interfaces entre tous les services sont opérationnelles.

Les équipes s'impliquent dans cette démarche en :

- déclarant les événements indésirables en lien avec la thématique
- participant à la création ou à l'actualisation des procédures et protocoles

- en respectant ces procédures et protocoles
- suivant les formations inscrites au plan de formation
- participant aux travaux du comité éthique.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la CDU lors de l'admission (remise du livret d'accueil).

Le consentement libre et éclairé du patient est recueilli et tracé comme le confirment les patients traceurs. Il participe avec leur entourage à la construction et à la mise en œuvre de sa prise en charge qui est réévaluée en permanence.

La personne de confiance est désignée et la personne à prévenir en cas d'urgence est identifiée.

Une information est donnée au patient sur les bénéfices/risques associés à son traitement et à sa prise en charge ainsi qu'en cas de dommages liés aux soins. Les professionnels rencontrés connaissent la procédure d'information du patient en cas de dommages liés aux soins.

Le Dossier Patient Informatisé permet le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

La vie privée, l'intimité et la dignité du patient ainsi que ses libertés individuelles sont respectées. La mise en œuvre du respect des libertés individuelles fait l'objet d'une réflexion régulière. Les prescriptions de contention font l'objet d'une réflexion en équipe. Elles sont ré-évaluées quotidiennement. Les contentions ne sont prescrites que lorsque les recours aux autres techniques ont échoués. Le vouvoiement est strictement respecté.

Des dispositifs sont dédiés à l'entourage des patients (horaires de visite souples, possibilité de rester la nuit dans l'établissement, lieux de convivialité, prise de repas, rencontre avec des professionnels ...).

La CDU se réunit au moins quatre fois par an. Ses compte-rendus sont diffusés auprès de ses membres et accessibles dans la GED.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement avec la CDU assurent régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés:

- Questionnaires de satisfaction
- Réunions soignants soignés
- Réunions comité éthique
- Courriers reçus : nombre de réclamations
- Entretiens patients
- FEI
- ACRES (analyse des causes racines d'évènements significatifs)
- Demandes de dossiers médicaux
- Evaluations de dossiers patients
- PAQSS
- patients traceurs
- EPP
- Rapports d'activités de professionnels (assistantes sociales, psychologues...).

Les résultats, présentés et analysés en CDU, font apparaître les pratiques à améliorer et les risques nécessitant une surveillance particulière. Des actions d'amélioration sont alors identifiées et mises en place.

La CDU, dans le cadre de son rapport d'activité annuel, réalise un bilan de ses activités, de son programme d'action et analyse la diminution des niveaux de risques des risques précédemment identifiés et la maîtrise des nouveaux risques identifiés.

A / AGIR

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

Toutes les évaluations réalisées annuellement conduisent la CDU à participer à la mise en place des

actions correctrices qui sont intégrées dans des plans d'actions (nouvelles formations sur les droits des patients, ...).

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats est réalisée en interne comme en externe :

- Dans le système de gestion documentaire
- En CDU et dans toutes les instances
- Par affichage (indicateurs qualité)
- Pendant les réunions d'équipes
- Par la directrice adjointe, responsable de la communication, sous forme de communiqués de presse
- Sur le site internet
- Dans le journal interne diffusé avec les bulletins de paie et disponible sur le site internet
- Par mailing dans les BAL des professionnels.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

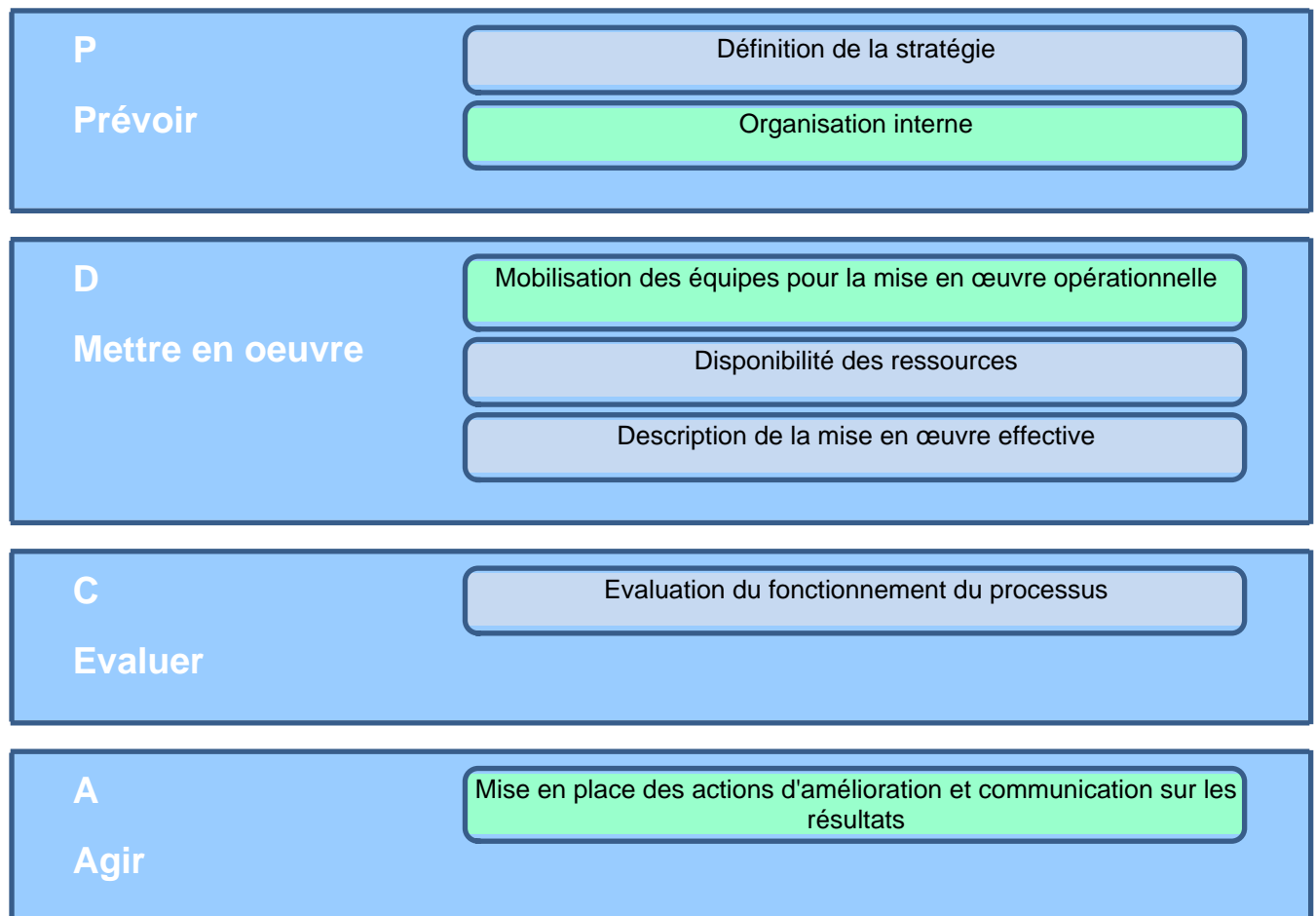
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement est organisé en 5 pôles d'activité :

- Pôle médecine /chirurgie
- Pôle femme/ mère/ enfant
- Pôle ambulatoire/ SSPI/ Brancardage
- Pôle Hautement spécialisé (urgences, réanimation, USC, USIC)
- Pôle bloc opératoire (bloc, endoscopie, imagerie interventionnelle)

L'établissement dispose d'autorisation :

- De soins (urgences, soins palliatifs, éducation thérapeutique)
- De permanence de soins (sous forme de gardes et astreintes selon les disciplines)
- De reconnaissance contractuelle (USIC, USC, Court séjour gériatrique, pose de valves aortiques per cutané...)
- De cancérologie et chimiothérapie

La stratégie de l'Hôpital Privé de la Loire prend en compte les besoins de la population dans son projet d'établissement 2016-2020. Celui-ci est en adéquation avec le projet régional de santé, le projet médical, le projet de soins et le projet du groupe RAMSAY « Let's Do It 2020 ».

Un important maillage avec une adhésion à des réseaux (REULIAN pour les urgences, ELENA pour la périnatalité, ONCOLOIRE et Espace santé Cancer pour la cancérologie, réseau régional Gérontopôle) ainsi que des conventions avec le CHU de Saint Etienne (pour la pédiatrie, l'équipe mobile d'infectiologie, la chirurgie cardiaque..., avec la clinique Saint Victor pour la psychiatrie, avec l'institut de cancérologie Lucien NEUWITH pour les chimiothérapies, avec l'EFS, avec la faculté pour les internes, certaines structures d'aval (SSR, HAD...) ce qui complète l'offre de soins.

Des activités d'ambulatoire, de consultations, d'hôpital de jour et d'hospitalisation partielle sont à disposition des patients.

Le processus parcours a été étudié selon le schéma suivant : les consultations des praticiens, les consultations d'anesthésie en cas de chirurgie, la phase de pré admission, l'admission, l'hospitalisation complète ou partielle, la sortie du patient.

Différents parcours ont permis de déterminer les risques inhérents à chaque secteur : parcours ambulatoire, parcours en chirurgie, parcours de médecine, parcours en cancérologie, parcours obésité, parcours en réanimation – USC, parcours USIC, parcours sommeil, parcours maternité, parcours néonatalogie.

L'identification des risques a été réalisée au sein de chaque pôle par le chef de pôle et un référent médical désigné par la CME. Chaque pôle a hiérarchisé ses risques avec la grille HAS à 5 niveaux et priorisés ceux –ci. Les risques prioritaires ont été intégrés dans le compte qualité.

Des actions d'amélioration ont été identifiées, elles sont déclinées en mode projet et intégrées dans le PAQSS institutionnel. Les usagers ont été associés au travers de la CDU où les actions ont été présentées.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus a été confié à la directrice des soins, assistée des chefs de pôle et des référents médicaux de chaque secteur. Une fiche de mission générique définit le rôle et les responsabilités du pilote.

L'organisation en place tient compte des spécificités de prise en charge (ambulatoire, consultation externe, et hospitalisation complète ou partielle) et des profils patients. Les secteurs s'articulent avec les projets institutionnels (projet médical et de soins).

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

L'organisation en place en matière de ressources humaines permet d'assurer la continuité et la coordination des soins tant sur le plan médical que non médical et dans tous les modes de prise en charge.

Des règles de présence des professionnels assurent la continuité de la prise en charge sur 24h.

Un plan de formation est en place permettant à chaque catégorie de professionnel de maintenir et développer leurs compétences.

Les ressources documentaires sont disponibles au travers d'un logiciel dédié accessible à tout moment sur tous les postes. Les procédures et protocoles répondent aux bonnes pratiques, sont actualisés en équipes et selon les disciplines.

De nombreux outils d'informations et de support aux patients sont présents dans l'institution et en lien avec les pathologies et traitement suivis.

Les ressources matérielles sont à disposition. L'établissement est doté d'un dossier patient unique et informatisé depuis l'entrée par les urgences ou les consultations, la prise en charge selon le mode choisi et jusqu'à la sortie. Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement s'est saisi des enjeux relatifs à la prise en charge des patients en lien avec les objectifs stratégiques. Il s'assure de la conformité de pratiques professionnelles en lien avec les protocoles et procédures mises en place.

La participation des professionnels à certains groupes de travail ou instances est effective (référents hygiène, soins palliatifs, douleur...).

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables associés aux soins et participent aux analyses de cause dans les ACRES.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et partagées en équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les professionnels sont en nombre et en adéquation avec les spécificités des différents secteurs d'activité, clinique, médico techniques (bloc opératoire, endoscopie, imagerie interventionnelle).

Pour le corps médical, un système de garde et astreinte est en place selon les spécialités et les autorisations délivrées dans le cadre du CPOM. Un planning est établi et accessible aux professionnels sur le DPI.

Pour les professionnels non médicaux, la couverture est effective sur 24h, avec un travail en 12H. Les plannings sont informatisés, et sous forme papier.

Les professionnels bénéficient de formations institutionnelles (AFGSU, culture qualité, déclaration des événements indésirables, dossier patient informatisé, bientraitance...), en fonction des prises en charge (dispositif d'annonce, soins palliatifs, éducation thérapeutique, technicien du sommeil...). Des soirées de formations ou journées d'études sont organisées dans certains services (journée douleur, soirée escarres, hypnose et méditation, ...). Une journée médico-chirurgicale est organisée par la CME reconnue DPC et ouverte aux professionnels extérieurs (libéraux et hospitaliers).

Un livret de présentation du service pour le nouvel arrivant est disponible en chirurgie, en hospitalisation partielle (chimiothérapie), en médecine, en réanimation et en USIC.

Les procédures, les protocoles et les modes opératoires sont en nombre, réactualisés régulièrement, en lien avec les activités et partagés en équipes. Ils sont recensés dans le logiciel de gestion documentaire accessible à tous. Les professionnels disposent de l'accessibilité au DPI ce qui permet la coordination, la fluidité des informations tout au long de la prise en charge du patient.

Des supports d'information sont mis à disposition des patients et relayés par les professionnels : en chimiothérapie, pour les enfants, dans le cadre de la prise en charge diabète, de l'obésité ...

Les ressources matérielles sont à disposition des équipes. L'établissement est doté d'un dossier patient unique et informatisé. Ayant adhéré au projet régional Zéro papier, il tend à numériser dans le DPI tout document venant de l'extérieur et sous forme papier. Les locaux répondent aux besoins. Les maintenances tant préventive que curative sont organisées et suivies.

La gestion des interfaces est opérationnelle entre secteur d'activité et de traitement (chimiothérapie).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est organisée selon le type de parcours, ambulatoire, externe ou hospitalisation. Un schéma global pour tout parcours a été défini (et a servi de base à l'identification des risques) : les consultations des praticiens, les consultations d'anesthésie en cas de chirurgie, la phase de pré admission, l'admission, l'hospitalisation complète ou partielle, la sortie du patient. Certaines disciplines disposent de chemin clinique (en ophtalmologie ambulatoire par ex.).

L'établissement dispose d'un service d'urgences dont l'activité est en constante augmentation, et

constitue une porte d'entrée des hospitalisations.

L'accueil des patients et de l'entourage est en place et couvre l'ensemble des secteurs de prise en charge (urgences, unités de soins). L'identitovigilance est un souci constant à toutes les étapes de la prise en charge. Les équipes demandent au patient de décliner son identité comme il a été constaté lors des visites de terrain.

En chirurgie, par étage, une IDE est dédiée à la prise en charge du patient à son arrivée, gère la préparation de l'opéré en lien avec le bloc opératoire s'assure de la complétude de la fiche de liaison service/bloc, et en sortie de SSPI pour le retour du patient dans le service (vérification installation, douleur, pansements, prescriptions...). Elle gère les interfaces (brancardage, réponse aux appels famille, IDE gestionnaire des lits....).

En ambulatoire pédiatrie, des tablettes ont été mis à disposition avec des petits programmes « Lapidève, Lapinou se fait opérer ».

L'organisation en place permet d'assurer une prise en charge sécurisée du patient quel que soit le secteur d'activité. Celle-ci est facilitée par le dossier patient informatisé disponible depuis les urgences, les consultations et tout au long de sa prise en charge. Un médecin anesthésiste est disponible par semaine pour les étages et permet d'assurer la visite pré anesthésie, la réponse aux appels des services ...

L'évaluation initiale et continue est tracée dans le DPI.

Le programme personnalisé de soins est en place et partagé avec les patients et /ou leur entourage. Celui-ci est tracé sur un document dédié dans le service d'oncologie médicale, le patient dispose des coordonnées indispensable à son parcours, des dates des consultations d'annonce et de la réunion pluri-disciplinaire, de la définition de son parcours de soins (pose de chambre implantable, effets secondaires, surveillance et selon le traitement radiothérapie, chirurgie associée, et de son planning de traitement de chimiothérapie). En cas de besoin, une demande de soins de support peut être faite. Ce programme personnalisé est signé par le patient.

Les réunions pluridisciplinaires en cancérologie sont réalisées à l'institut de cancérologie Lucien NEUWITH. Les comptes rendus sont intégrés dans le DPI. Un groupe de parole est en place en cancérologie et en soins palliatifs avec un psychologue externe à l'établissement, des soins de support sont à disposition des patients (socio esthéticienne par ex.).

Des réunions pluri-disciplinaires sont également en place en chirurgie bariatrique.

Dans certaines disciplines (chirurgie orthopédique par ex.), le projet personnalisé est envisagé dès la consultation afin d'anticiper l'aval de l'hospitalisation (SSR, HAD ...). Une IDE et une assistante sociale sont chargées de la coordination et de la régulation des séjours notamment pour les parcours non programmés. Le système PRADO est en place en chirurgie. Une IDE en maternité fait le lien avec les réseaux.

Le suivi de la douleur est effectif et traité selon les besoins du patient (des protocoles de traitement de la douleur sont en place selon le score douleur).

Les urgences vitales sont prises en charge. Des chariots d'urgences avec un DSA sont en place. Une organisation est en place dans chaque service pour assurer la réponse aux exigences (chariots scellé, vérifiés à chaque changement d'équipe, la traçabilité est effective). Des formations régulières sont faites sur l'utilisation des chariots et sur les gestes à apporter en cas de problème. La procédure de prise en charge de l'urgence vitale est connue des professionnels. Le service de réanimation est le lien d'intervention dans les services.

Des dispositifs sont en place afin de faciliter la prise en charge des patients appartenant à une population spécifique (enfants, personnes âgées, problèmes sociaux, handicap....). Les locaux permettent une accessibilité aisée dans les circulations et les chambres.

Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif et tracé dans le dossier. Les variations de poids sont une recherche constante des professionnels. Des documents de prise en charge nutritionnelle sont réalisés et mis à disposition des patients et des professionnels (conseils alimentaires lors des traitements, en suivi de chirurgie bariatrique par ex.). L'appel à une diététicienne est effectif et permet la mise à disposition de compléments alimentaires et de conseils associés.

La prise en compte du risque suicidaire est effective. Le dépistage est systématique dès l'entrée et tracée dans le DPI dans l'item « patient à risque ». Les professionnels sont sensibilisés à l'identification du risque et les IDE JO à l'évaluation du risque, l'aide des psychologues peut être requis en cas de besoin.

Les prescriptions biologiques et d'imagerie sont faites directement depuis le dossier patient. Les résultats

sont transmis directement.

L'éducation thérapeutique est en place sur l'établissement : diabète gestationnel, prise en charge et suivi des AVK, stomathérapie (programme autorisé), en ORL pour le patient laryngectomisé, sur l'auto sondage en urologie, en obésité ...

La sortie est organisée et anticipée autant que possible. Elle est réalisée dès l'entrée voir même depuis la consultation selon les secteurs et les disciplines en raison des difficultés d'aval. Pour le SSR, l'articulation avec les structures d'aval est anticipée. Le système Trajectoire est utilisé pour les demandes en SSR et en HAD.

Les rencontres terrain ont montrées des professionnels investis, impliqués dans la prise en charge des patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés:
- indicateurs quantitatifs (nombre de séjour, en chirurgie, médecine ambulatoire, nombre d'enfants hospitalisés, nombre de FEI, en passages en réanimation, de consultation d'annonce, de personnels formés aux urgences vitales.....)

-indicateurs qualitatifs (IN, IQSS, HN, E satis, enquête de satisfaction patients, performance douleur, poids, taux d'activité forain,)

Des tableaux de bord colligent le tout et des bilans de comparaison avec les autres sites du groupe ...).

La satisfaction du patient est recueillie et suivie avec les représentants des usagers.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels est effectif. Des ACRES sont en place. Des RMM sont en place. Les RCP associent l'ensemble des acteurs intervenants dans la prise en charge en lien avec l'ICLN. De nombreuses EPP, patients traceurs ont été organisés.

Les IQSS nationaux sont en place. D'autres indicateurs sont en lien avec les secteurs d'activité.

L'établissement exploite ses évaluations pour identifier des actions d'amélioration.

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. Des supports et modalités de diffusion sont établis (affichage sur un tableau dédié « gestion des risques » lors des réunions de services, de pôle). Les actions identifiées lors des ACRES sont rassemblées dans une fiche de synthèse RETEX, mis à disposition des professionnels dans tous les services.

Les actions sont modélisées en mode projet et intégrées dans le PAQSS institutionnel.

L'avancée de ces actions et des indicateurs est partagée avec l'équipe, en réunions de service hebdomadaires, en groupes de travail, en CME et en CDU.

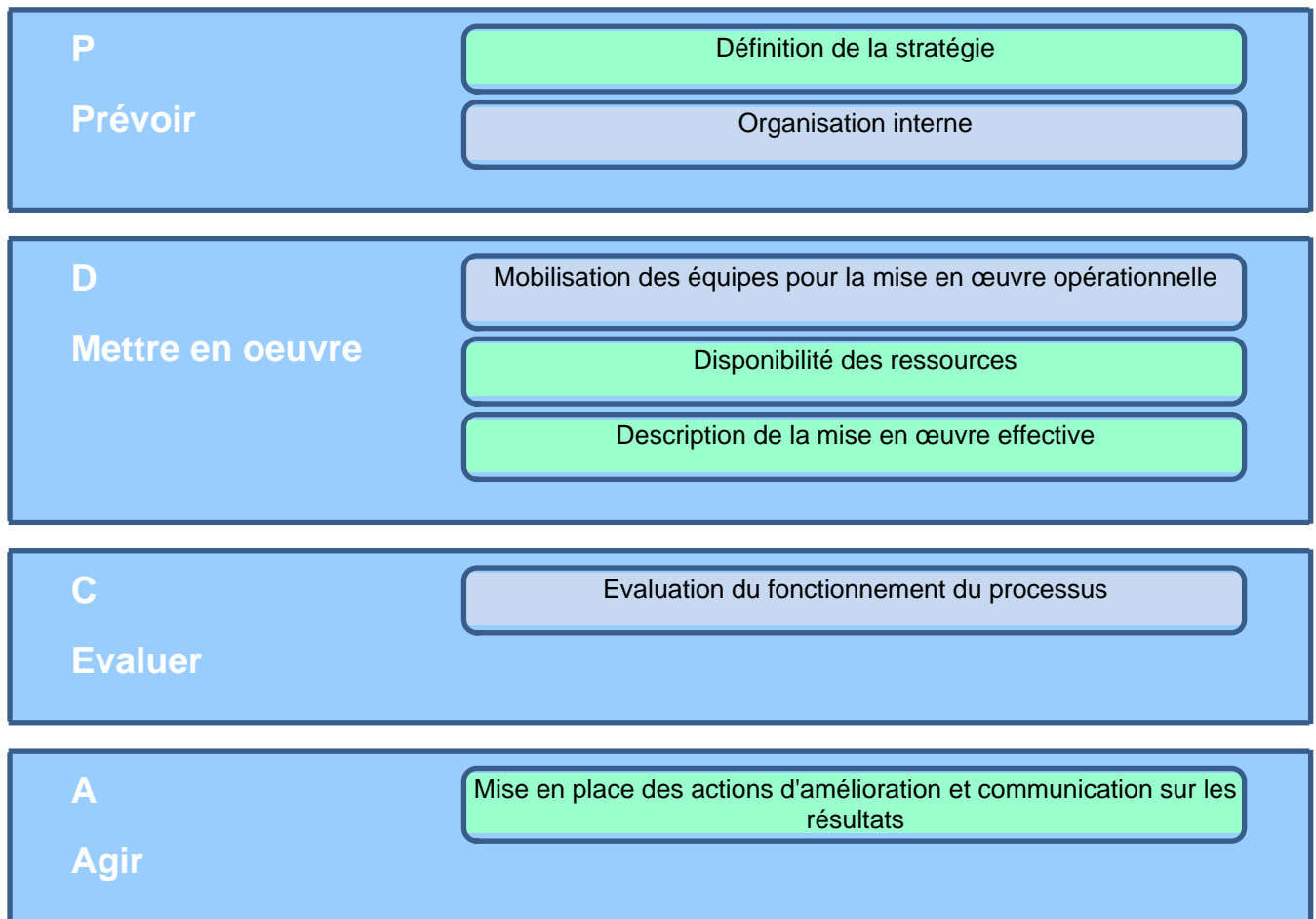
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Dossier patient » vise à évaluer que l'établissement a défini une organisation qui garantit que le dossier, outil central de partage des informations, assure la coordination des soins. Compte tenu de la multiplicité des intervenants autour du dossier du patient et de la complexité qui en résulte, une identification des risques inhérents à son utilisation doit contribuer à lui assurer sa fonction d'élément clé de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de prises en charge pluri professionnelles et pluridisciplinaires. Ces approches se doivent d'intégrer l'accessibilité du patient à son dossier en référence à la réglementation en vigueur.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le dossier patient est informatisé (DPI) sur l'ensemble des services de l'Hôpital Privé de la Loire (HPL). Le projet de déploiement de l'informatisation du dossier a été initié en 2005 pour répondre aux orientations nationales, aux objectifs (communication et coordination des informations) et aux besoins propres de l'établissement liés aux modes de prise en charge qu'il assure (Médecine, Chirurgie, Obstétrique/Gynécologique, Urgence, Ambulatoire et Hospitalisation à Temps Partiel).

Une politique Dossier Patient Système d'Information (DPASI) validée par le Directeur Général, le Président de CME et la Directrice des Soins énonce des objectifs d'amélioration et des objectifs ciblés en déclinaison des priorités de gestion du dossier du patient et de son accès.

Cette stratégie a été élaborée sur la base des axes du projet d'établissement en lien à la thématique, des audits, des suivis des indicateurs IPAQSS ainsi que des risques identifiés dans la cartographie des risques établie sur toutes les étapes du processus (programmation, consultation, pré-admission, admission, arrivée dans le service, séjour au bloc, retour bloc, sortie, archive).

Ces risques ont été identifiés et hiérarchisés au sein de la commission « Dossier Patient Système d'Information » (DPASI). Ils ont été priorisés et les plus significatifs ont implémenté le Compte Qualité. Un plan d'action en lien a été établi et articulé avec le PAQSS (Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins). Pour chacune des actions, des responsables, un calendrier, l'état d'avancement et les modalités de suivi sont définies. Ce travail a été validé par le Copil Qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus « dossier patient ». Ainsi, le pilotage a été confié à la Directrice des opérations et à une praticienne Urologue en qualité de référent médical. Les rôles et responsabilités ont été définis, formalisés et communiqués dans une fiche de mission générique signée par chacune. Pour le déploiement opérationnel, celles-ci s'appuient sur la Commission « Dossier Patient Système d'information » et sur une Cellule Opérationnelle en charge du développement du logiciel DPI. Un règlement intérieur formalise les missions, la composition, le fonctionnement et le lien avec les autres instances (CME, COPIL Qualité et CODIR).

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

Sur le plan des ressources humaines, les acteurs impliqués dans la gestion du dossier sont identifiés. Leurs rôles sont formalisés dans des fiches de fonction et/ou dans les procédures décrivant les organisations. Un référent HN (Hôpital Numérique) à temps complet est identifié comme l'interlocuteur privilégié sur le DPI (formation des nouveaux arrivants, assistance aux utilisateurs, déploiement de fonctionnalités, ...). Les admissionnistes sont responsables de la création du dossier administratif (papier et informatique) incluant la vérification de l'identité et du dossier médical papier. Une archiviste est identifiée responsable de scanner les documents du dossier papier, de son classement et archivage. Un Médecin DIM est identifié. Elle est membre de la commission DPASI et Présidente de la Cellule d'Identitovigilance. Des Techniciennes TIM sont chargées du recueil, traitement et codage de l'information médicale. La Directrice des opérations est responsable du recueil des indicateurs Hôpital Numérique. Les Responsables des Unités de Soins sont en charge de faire appliquer les bonnes pratiques. S'agissant de la gestion des demandes d'accès au dossier, celles-ci sont sous la responsabilité du service qualité en lien avec l'archiviste.

Sur le plan des ressources documentaires, les organisations sont formalisées. L'accès et l'information du patient à son dossier sont organisés (Protocole demande de dossier patient d'un patient et information donnée dans le livret d'accueil). L'archivage du dossier est organisé par l'archiviste (Protocole « Règles d'archivage des dossiers patients », « recherche d'un dossier médical archivé ») en interne et en externe (contrat de prestation avec une société agréée). Un « guide du dossier patient » formalise les règles de constitution et le circuit du dossier, ainsi que les responsabilités des intervenants dans la gestion et la tenue du dossier. La « Charte d'utilisation des moyens informatiques au sein de l'HPL » remise contre signature à tout nouvel arrivant reprend les règles de gestion des accès au DPI. Des procédures dégradées pour l'ensemble des applicatifs en cas de rupture du système sont établies (mode dégradé pour le DPI, pour le logiciel permettant de gérer la traçabilité des transfusions de produits sanguins labiles, pour l'application dédiée au dossier de spécialité de chimiothérapie et pour le logiciel de gestion des repas). Les habilitations des droits d'accès sont prévues selon des profils dont le paramétrage est géré par le service informatique. L'organisation est décrite dans une procédure.

Sur le plan des ressources matérielles, les équipements nécessaires au système d'information, support du dossier patient, sont identifiés et leur mise à disposition est organisée par le service informatique. La sécurisation des données informatisées est organisée. Les serveurs critiques (DPI et infrastructure domaine bureautique) sont redondés. L'accès au DPI se fait par mot de passe individuel à changer tous les six mois. Au niveau de l'hôpital, les accès aux locaux des archives, à la salle serveur, aux salles de soins, aux bureaux, aux chariots dossiers sont sécurisés. La maintenance des matériels et l'assistance des professionnels au quotidien sont organisées par le service informatique. La gestion du renouvellement des équipements est organisée par le service informatique. Une cartographie applicative décrit l'architecture fonctionnelle du Système d'Information.

Les sécurités mises en place sur le plan informatique et en termes d'organisation et de conservation du dossier papier permettent la coexistence des supports utilisés, d'autant plus que les éléments papiers sont scannés et concernent pour la partie médicale des formulaires signés par le patient (personne de confiance, autorisation d'opérer, consentement anesthésie,...).

La gestion des interfaces est organisée grâce au dossier patient qui est informatisé dans tous les services (secteurs, d'hospitalisation, urgence, bloc opératoire, USIC, SSPI,...) et permet la communication par les professionnels des informations nécessaires à la prise en charge du patient. Les circuits sont également organisés avec les services externes comme pour la biologie et la radiologie (liaison informatique sécurisée au DPI), pour les cabinets des praticiens libéraux (accès sécurisé à distance au DPI), pour échanger des données de santé avec les professionnels de santé extérieurs (via la messagerie sécurisée « MSSanté »), ...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les actions déployées institutionnellement et/ou spécifiques au service sont portées par les responsables des unités de soins en lien avec la commission DPASI, le service qualité et le référent HN. La sensibilisation des équipes en lien au processus dossier est effectuée par les responsables des unités de soins via l'affichage, note de service, réunions de service ou sur des temps informels (sensibilisation à la confidentialité des données, à l'identitovigilance ou encore sur les éléments incontournables du dossier comme par exemple la personne de confiance, la carte de groupe sanguin, les informations sur le risque anesthésique, ...).

La conformité des pratiques est évaluée au sein des services de façon structurée via le recueil des indicateurs de performances tous les trimestres (traçabilité du poids, de la douleur, de l'administration des médicaments,...), la conduite d'EPP ou encore de patients traceurs.

La complétude du dossier fait également l'objet d'évaluations visuelles (pour exemple en maternité avec la vérification de la bonne tenue du dossier avec la vérification de la présence de la consultation de grossesse, du compte rendu accouchement, des prescriptions maman/bébé,...) ou de quick audits (pôle médecin-chirurgie sur la personne à prévenir, risque escarre, port du bracelet d'identification, évaluation du risque de chute,...).

Les professionnels sont sensibilisés sur les règles de traçabilité suite aux audits et évaluations réalisés. Les résultats sont communiqués (affichage, réunion de service, oralement). Les dysfonctionnements et les actions correctives sont identifiés en cas de besoin avec la participation des professionnels du terrain.

Les événements indésirables sont déclarés et analysés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, en compétences et en effectifs, sont adaptées aux besoins de l'établissement. Le référent HN forme et accompagne tous les professionnels dans l'utilisation du DPI. De plus, afin de faire correspondre les fonctionnalités de l'outil aux besoins des utilisateurs et d'harmoniser les pratiques, des évolutions du logiciel sont menées. Ainsi, deux jours par mois sont consacrés au développement des fonctionnalités du DPI en présence de l'éditeur (en septembre 2017 : journées consacrées au dossier de suivi grossesse). La formation à l'identitovigilance est effectuée dans le cadre de la journée d'intégration du nouvel embauché (partie animée par la médecin DIM – Présidente de la CIV).

La documentation comporte des documents en lien avec le dossier patient sur la gestion du dossier de sa création à son archivage, les modalités de demande d'accès du patient à son dossier médical. Toute nouvelle procédure fait l'objet d'une alerte sur le module de gestion documentaire, d'une information par mail, d'un affichage (liste des documents diffusés dans le mois) et d'une information orale (personnel référent ou responsable d'unité de soins).

Les équipements et matériels informatiques pour l'accès au dossier patient sont fonctionnels et déployés dans tous les services. Les règles de gestion des mots de passe sont mises en œuvre (mot de passe personnel changé à fréquence régulière). Les locaux sont sécurisés. Les dossiers qui ne peuvent plus être stockés au sein de l'hôpital sont archivés dans une structure externe agréée.
Les documents papier sont systématiquement numérisés dans le Dossier Patient Informatisé en fin de séjour par l'archiviste.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation définie concernant la constitution du dossier du patient. Une organisation est en place pour le recueil des différentes informations depuis la pré-admission, l'admission, jusqu'à la sortie.

Le dossier patient est créé par l'admissionniste. Les règles relatives à l'identitovigilance sont respectées (règles de saisie) et une pièce d'identité est demandée lors des formalités d'admission pour valider les données de pré-admission saisies. Le contenu du dossier du patient répond à l'organisation fixée par l'établissement et aux procédures formalisées pour sa création, sa tenue et son archivage. Le dossier papier comporte une partie administrative et une partie soins. Les divers documents papiers comportent l'identité du patient (étiquette d'identification).

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile d'une part dans le dossier patient informatisé et d'autre part dans le dossier papier. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment l'effectivité de la mise en œuvre.

L'accès aux données du patient dans toutes les unités et par tous les professionnels concernés est effectif.

Concernant le courrier de sortie dont les résultats sont en baisse ou en deçà de la valeur cible, la mesure d'impact des actions d'amélioration mises en place (validées en CME) restera à évaluer via la campagne IPAQSS 2018. La conduite à tenir en cas d'indisponibilité du réseau pour accéder au dossier patient est connue. Le mode dégradé est déclenché par le Directeur. Son opérationnalité a d'ailleurs pu être testée en programmé (suite à une coupure wi-fi) et en non programmé en 2016.

Les interfaces avec les professionnels extérieurs (laboratoire de biologie, radiologie, libéraux) sont mises en œuvre conformément à l'organisation définie.

Une vigilance à la confidentialité des informations est rappelée aux professionnels (baisser les écrans informatique, ne pas laisser de feuille identifiée au nom d'un patient à vue sur un chariot, ...) selon l'organisation établie.

L'accès du patient à son dossier est assuré conformément au protocole et à la réglementation. L'organisation connue des professionnels est appliquée. Le délai d'envoi des demandes d'accès au dossier patient est conforme (317 demandes de dossiers en 2017 avec un délai d'envoi moyen de 1,5 jours à 5 jours pour les dossiers de moins et de plus de 5 ans). Toutes ces informations sont transmises à la CDU.

S'agissant de l'information du patient, le livret d'accueil distribué systématiquement à son arrivée comprend des informations quant au droit d'accès au dossier ainsi que sur la réglementation relative à « l'informatique et libertés ». L'archivage du dossier médical papier est géré par l'archiviste à la fin du séjour. L'archivage se fait par numéro de séjour.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus dossier patient sur la base d'outils identifiés. Cette évaluation repose en priorité sur les indicateurs nationaux IPAQSS et notamment sur la qualité du compte rendu d'hospitalisation (CRH). Ainsi un nouvel audit mené en 2017 montre une baisse de cet indicateur malgré les actions mises en place. L'évaluation du délai de transmission du courrier de sortie a fait l'objet d'un recueil supplémentaire en 2017 et a démontré une amélioration des résultats. La valeur de l'indicateur IPAQSS 2016 sur les données 2015 « tenue de dossier du patient » est supérieure à 80% (88%). La complétude du dossier est évaluée au travers des évaluations menées dans le cadre des indicateurs de performance des services (préparation de l'opéré, douleur, dénutrition, traçabilité de l'administration des médicaments), des patients traceurs (8 en 2017), des EPP (identitovigilance, recueil du consentement,...) ou encore des évaluations propres aux services via des quick audits (sur le port du bracelet d'identitovigilance, l'évaluation du risque d'escarre, la désignation de la personne de confiance, ...).

Les demandes d'accès du patient à son dossier sont suivies et l'évaluation des délais de transmission des dossiers traduit le respect de la réglementation.

Les signalements des événements indésirables permettent de signaler les dysfonctionnements en lien à la gestion du dossier patient dont ceux relatif au défaut de respect des règles de confidentialité et en lien à l'identitovigilance. Le nombre d'événements en rapport au processus est suivi (50 signalements en 2017 contre 10 en 2016).

Les temps d'indisponibilités du réseau font également l'objet d'un suivi par le service informatique (99,9% de taux de disponibilité depuis 2016). Les indicateurs Hôpital Numérique sont suivis (Taux d'atteinte globale 77% au 2ème semestre 2017 contre 53% au 1er semestre 2017).

Les résultats des différentes évaluations concourent à la définition d'actions correctives. Les bilans annuels de la Commission DPASI, de la CIV, de la CDU (accès du patient à son dossier) sont établis et transmis à la CME.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre en fonction des résultats d'évaluations.

L'établissement prend en compte les données issues d'évaluations externes. A ce titre, suite au résultat en baisse de l'indicateur du CRH, un courrier a été adressé par le Directeur Général à tous les praticiens afin de les sensibiliser aux attendus et un compte rendu type a été intégré au DPI. Le recueil IPAQSS 2018 permettra de vérifier la mesure d'impact des actions. Concernant les indicateurs HN, les actions mises en place avec l'éditeur DPI a permis d'améliorer les résultats. De nombreuses actions d'amélioration en lien aux fonctionnalités du DPI ont été mises en place par la Cellule opérationnelle (70 développements sur 96 demandés en 2017).

Les actions engagées sont intégrées au PAQSS de l'établissement et pour celles à caractère prioritaire, au compte qualité.

La communication des résultats et des actions est réalisée en interne auprès des professionnels (comptes rendus d'instances sur la GED, affichage, réunions de service, journal interne, référent HN, Semaine Sécurité des Patients, etc.) et des usagers avec l'affichage effectif des indicateurs à diffusion obligatoire.

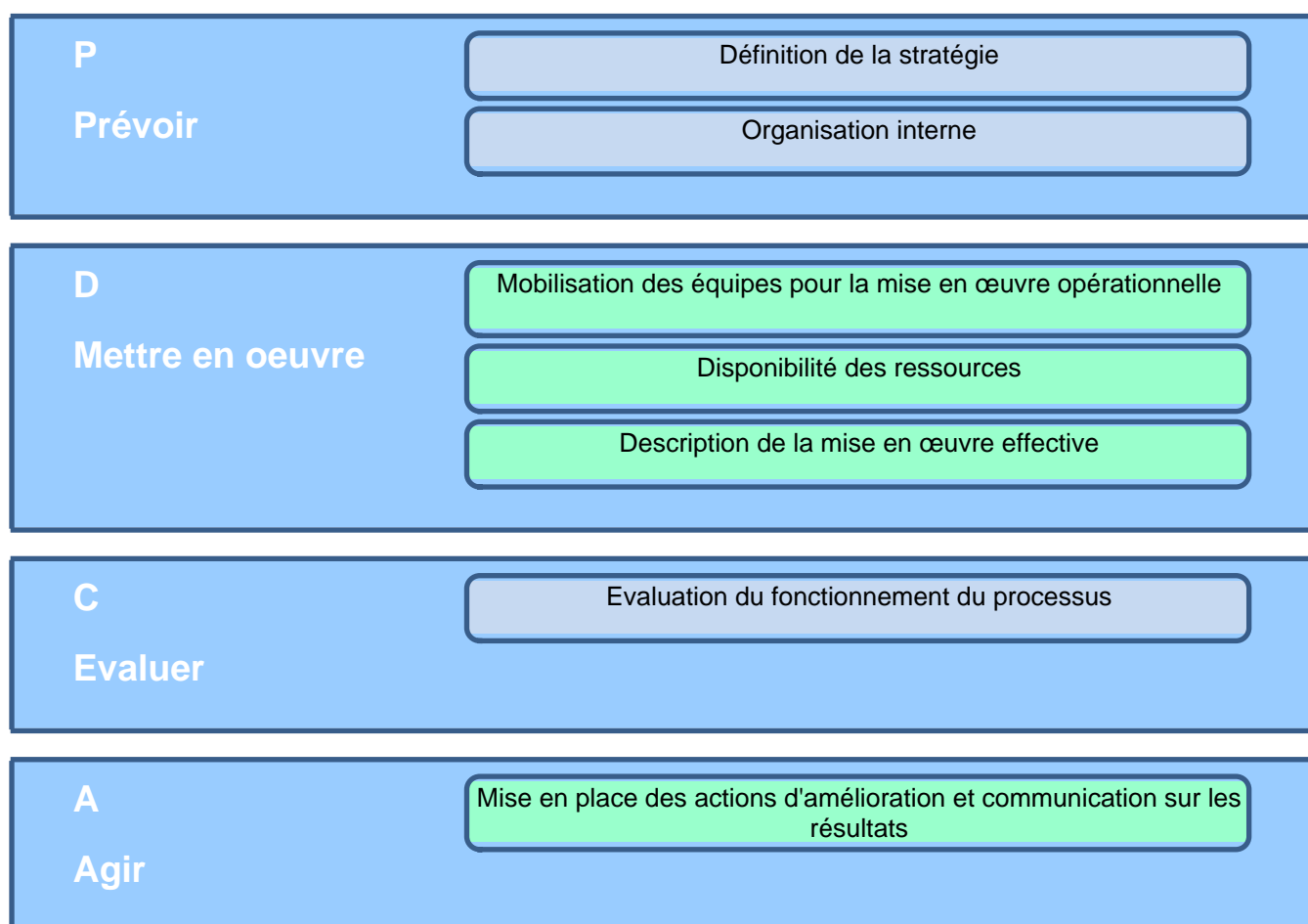
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital Prive de la Loire dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et d'une stérilisation. La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans le projet d'établissement, le projet médical, le projet de soins. Elle est validée en comité de direction et en CME. Elle est articulée autour de 4 axes:

- 1- Garantir la continuité de la Prise En Charge (PEC) tout au long du parcours
- 2- Assurer aux patients une PEC conforme aux données de la science
- 3- Assurer une PEC personnalisée de chaque patient dans le respect de son individualité
- 4- Assurer les soins dans le respect de la réglementation

Elle est organisée autour de la COMEDIMS (Commission du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stérile, sous-commission de la CME), la commission des fluides et des antibiotiques (CAI), du responsable du système de management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse RSMQPECM (Pharmacienne gérante de la PUI). La COMEDIMS est garante du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, du suivi de programme d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS) et du respect des bonnes pratiques. Elle est relayée par le CLIN, le CLUD et le CLAN (sous-commission de la CME).

L'établissement a ré-évalué la cartographie des risques du circuit du médicament (élaboré depuis 2014 et révisée 2 fois) en collaboration avec les équipes des secteurs d'activités (notamment pour les risques spécifiques) et selon les étapes de la prise en charge (les achats, l'analyse, la commande de médicaments, la prescription, la livraison pharmacie, la préparation, le stockage et le suivi), les vigilances et les règles particulières (écrasement/broyage, gestion des multi doses, des fluides, les médicaments à risque, l'hygiène). 45 risques ont été identifiés et 4 risques prioritaires ont été intégrés dans le compte qualité.

La hiérarchisation a été réalisée avec la grille HAS à 5 niveaux. La priorisation des risques identifiés dans le compte qualité a tenu compte de la criticité et de la maîtrise des risques.

Le bilan des événements indésirables déclarés, la réglementation, les résultats des audits réalisés sur les items du circuit du médicament ainsi que les résultats des indicateurs nationaux (tenue du dossier patient-prescriptions et administration) et du CBUM ont complété la cartographie.

Les actions issues de cette cartographie sont construites en mode projet et suivies par la COMEDIMS. Certaines des actions sont déjà menées à leur terme.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est confié à la pharmacienne gérante de la PUI assistée par un référent médical désigné par la CME. Elle est également aidée par le second pharmacien et une cadre du secteur de chirurgie. La fiche de mission des pilotes de processus est rédigée.

Le Responsable du système de management de la prise en charge médicamenteuse RSMQPECM est nommé (pharmacienne). Une fiche de mission définit son rôle et ses responsabilités.

L'organisation de la gestion des médicaments est décrite dans le manuel qualité qui définit :

- Le management de la qualité au sein de la PUI, les ressources humaines et matérielles, le système informatique, la prise en charge médicamenteuse du patient proprement dite (l'erreur médicamenteuse, l'évènement indésirable, le patient à risque, le traitement personnel du patient, la traçabilité), la gestion des risques à priori et à posteriori, la prescription, la dispensation, la préparation, l'approvisionnement, la détention et stockage, le transport, l'information du patient, l'administration, la surveillance du patient et la pharmacovigilance
- Les dispositifs médicaux stériles et non stériles, les dispositifs implantables et la matériovigilance.
- L'évaluation et les indicateurs.

Le manuel qualité concourant à la sécurisation de la PECM est validé par les instances.

Une procédure « circuit du médicament » complète le manuel qualité et décrit la prescription (informatisée en totalité) la dispensation, l'administration, la gestion des dotations et la surveillance thérapeutique. Chaque étape répond aux règles de bonnes pratiques.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, documentaires et matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Les ressources humaines sont en nombre et avec les compétences requises.

Le plan de formation tient compte des attendus en matière de PECM y compris pour les personnes âgées. Il intègre également la prise en charge médicamenteuse notamment autour de la déclaration des événements indésirables liés au médicament : déclaration et analyse au sein des ACRES (Analyse des Causes Racines et Evènements Significatifs) y compris les Never Events.

Les ressources documentaires sont disponibles et en nombre (protocoles, procédures). Elles sont actualisées et accessibles sur le logiciel électronique de gestion documentaire. De nombreux protocoles sont directement intégrés au DPI en aide à la prescription et à l'administration. Des outils d'aide sont en place : un livret thérapeutique pour la prise en charge des enfants est en place ainsi que pour les sages-femmes (modalités et liste des médicaments à prescrire) et le Vidal.

La prise en charge médicamenteuse du sujet âgé fait référence aux recommandations (livret thérapeutique adapté, dosage minimum, présentations galéniques adaptées aux difficultés de déglutition...). Une procédure décrit les différentes étapes de la prise en charge.

Une procédure « médicament à risque » définit la liste des médicaments, l'identification dans le circuit et les risques liés. La COMEDIMS existe et exerce pleinement ses missions.

La prescription médicamenteuse est déployée sur l'établissement au moyen du logiciel de dossier patient. Ce logiciel intègre l'ensemble du circuit du médicament. Les matériels informatiques sont en nombre et permettent la traçabilité de la prescription, de l'analyse pharmaceutique et de l'administration.

Les locaux (PUI et salles de soins) sont sécurisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement des secteurs d'activité s'assure du respect des bonnes pratiques. Des quick audits sont régulièrement réalisés concernant le circuit du médicament avec identification d'actions d'amélioration. Celles-ci sont affichées dans chaque service sur un tableau dédié à la qualité et la gestion des risques avec les indicateurs du service.

Un travail avec les équipes a permis d'identifier les risques et définir les points forts ainsi que les axes d'amélioration, ceci a permis la définition d'actions partagées avec les pharmaciens lors des réunions de services ou de pôle, ou lors des temps informel (autour d'un café par exemple).

La formation sur les erreurs médicamenteuses et les Never Events est réalisée par le RSMQPECM. Elle est inscrite dans le plan de formation institutionnel. Des informations sont régulièrement réalisées auprès de la CME sur la partie purement médicale. Des formations sur l'insuline, les morphiniques, les médicaments à risques (...) sont diligentées auprès des médecins et des équipes.

Lors de la semaine de la sécurité, une chambre des erreurs sur le médicament a été mise en place. Les professionnels rencontrés ont connaissance des risques liés au médicament et à l'identification des plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation avec les compétences au niveau de la pharmacie et dans les secteurs d'activité : 2 pharmaciens, 2 cadres (stérilisation et DMI), 5 préparatrices, 15 agents et 1 secrétaire complètent l'équipe.

Les services disposent d'une dotation revue annuellement. La pharmacie est ouverte de 7h à 16h30 avec la présence du pharmacien jusqu'à environ 19h (qui répond aux besoins urgents si nécessaire).

Le choix de l'établissement a été de mettre en place des préparatrices directement au sein des unités. Ces dernières s'assurent du réapprovisionnement des armoires à pharmacie (commande, gestion des dotations) et de la gestion des périmés. Un système de pastilles rouges est apposé sur les médicaments qui ont une échéance de péremption à 6 mois et à utiliser prioritairement.

Les formations autour de la déclaration des événements indésirables et plus particulièrement des erreurs médicamenteuses et des Never Events ont été réalisées. L'analyse des événements indésirables est étudiée tous les jeudis en comité et pour certains analysés au sein d'ACRES avec les professionnels.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles mode opératoire, ...) et matérielles sont en nombre et en place. L'ensemble des documents est intégré dans le logiciel de gestion documentaire et validés par la COMEDIMS. Parmi les documents on note notamment :

- Le manuel qualité
- La procédure sur la gestion du traitement personnel

- La gestion des stupéfiants
- La liste des médicaments écrasables ou sécables ou broyables ...
Des outils d'aide à la prescription sont en place : livret thérapeutique spécifique (sage-femme, pédiatrie, personne âgée) et le Vidal.

Les locaux de la PUI sont sécurisés. Des armoires et chariots à médicaments sécurisés sont mis à disposition des professionnels. L'étiquetage des médicaments a été revu ainsi que le rangement des médicaments à risques (potassium isolé des autres médicaments par ex.). Des étiquettes avec logo « médicament à risque » rouges identifient les médicaments qui nécessitent des précautions lors de l'administration.

Les stupéfiants sont détenus dans des coffres sécurisés dans les armoires fermées. Une procédure de gestion des stupéfiants encadre le dispositif.

Les interfaces sont opérationnelles avec les secteurs d'activités (urgences, bloc opératoire, unités de soins...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de la prise en charge médicamenteuse sont définies dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse ainsi que dans le manuel qualité. Les règles de prescription répondent aux bonnes pratiques définies dans le manuel. Les prescriptions sont informatisées depuis le service des urgences ce qui permet d'assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse depuis l'entrée du patient.

Une enceinte réfrigérée avec témoin de température est en place à la PUI et dans les salles de soins.

Les chariots de distribution de médicaments sont en place et sécurisés. Ils disposent d'un ordinateur portable au-dessus afin de tracer l'administration des médicaments.

Les pharmaciens disposent de l'accès aux données cliniques des patients directement sur le dossier patient informatisé. Ils réalisent une analyse pharmaceutique du traitement complet du patient, de l'ensemble des prescriptions en semaine et a posteriori pour le soir et le week end. L'analyse est réalisée en niveau 2 et 3 sur certains médicaments à délivrance contrôlée. La conciliation médicamenteuse est ébauchée. L'ordonnance du traitement personnel est demandée à l'entrée pour les séjours programmés.

Les services disposent d'une dotation en médicaments. Le réapprovisionnement est réalisé dans le respect des règles de gestion, de transport, de rangement et de stockage (l'hygiène, la sécurisation, la chaîne du froid, les stupéfiants et les médicaments à risques), suivant une périodicité et une fréquence établie (commande les lundi et jeudi, livraisons les mardi et vendredi). Les services viennent chercher les commandes ou les compléments de pilulier en début d'après-midi. Le transport est réalisé dans les caisses scellées. Les produits relevant de la chaîne du froid sont sortis du réfrigérateur à la dernière minute.

Tous les jours à 12h, les prescriptions sont imprimées pour faciliter la préparation des piluliers et pour la commande des médicaments hors livret et dotation. Les antibiotiques à délivrance contrôlée, les molécules hors GHS ainsi que les chimiothérapies sont délivrés nominativement.

Lors de la préparation des piluliers, les IDES utilisent les médicaments de la dotation du service, en cas de manque, les lignes sont surlignées sur la prescription et la PUI prépare les médicaments manquants nominativement.

La gestion du traitement personnel est en place. La procédure de gestion des traitements personnels favorise la restitution immédiate du traitement personnel à l'entourage du patient. Si cette restitution immédiate est impossible, les médicaments personnels sont stockés dans l'armoire à pharmacie dans des pochettes fermées et nominatives.

Les stupéfiants sont délivrés à partir d'une dotation globale. Les dotations sont révisés annuellement. Les responsables des services se chargent du ré-approvisionnement de façon hebdomadaire. Un double contrôle est effectué à la pharmacie, à l'arrivée et à la sortie du service.

La permanence pharmaceutique est en place et répond à la réglementation. La continuité pharmaceutique est organisée. Une armoire dite de secours est positionnée dans le service de réanimation/unité de soins continus, essentiellement ciblée sur les antibiotiques. En cas de besoin urgent, non disponible dans les armoires des différents secteurs d'activité, une convention est signée avec le CHU de Saint Etienne afin de pouvoir disposer du médicament manquant.

L'établissement ne dispose pas d'une unité de reconstitution des cytotoxiques. Une convention a été établie avec l'institut de cancérologie Lucien NEUWITH (ICLN) afin de préparer la fabrication des

traitements de chimiothérapie réalisés dans l'établissement.
Une semaine avant le cycle de cures, le planning est envoyé à l'ICLN (afin de commander les produits). Les prescriptions sont rédigées sur un logiciel dédié. Le pharmacien de l'établissement valide la prescription ainsi que celui de l'ICLN ce qui déclenche la feuille de fabrication, celle-ci tient compte du résultat des derniers examens biologiques. Une société d'ambulance (dédié au transport) va chercher les traitements dans des containers scellés et sécurisés (maintien de la chaîne du froid). La livraison est faite à la PUI qui vérifie la feuille de fabrication avec la prescription. Le service est appelé et vient chercher les traitements.

Des supports d'information au patient sont mis à disposition (livret de suivi des AVK, insulines, et délai d'action des antalgiques avec le CLUD).

Le chariot d'urgence est scellé, la vérification est réalisée par les IDES deux fois par jour à chaque relève des équipes.

L'administration des médicaments répond aux règles définies dans le manuel qualité. La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel soit directement en chambre (réanimation par exemple) soit avec des postes informatiques mobiles sur les chariots de médicaments.

Les événements indésirables liés au circuit du médicament sont recueillis et analysés en comité chaque semaine. La déclaration des événements liés aux erreurs médicamenteuses est totalement acquise par les professionnels. Certains événements sont étudiés en ACRES avec la participation des professionnels à l'analyse.

L'ensemble des observations réalisées lors des visites de service a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

Toutefois, les bonnes pratiques de préparation ne sont pas systématiquement respectées. En effet, lors de la visite dans le secteur "bloc" (sur les activités d'endoscopie et de bloc opératoire), les experts visiteurs ont observé la présence de plusieurs seringues remplies de produit anesthésiant ne présentant aucune identification et ceux malgré l'existence d'un protocole (octobre 2014 rappelant les bonnes pratiques).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis œuvre un dispositif d'évaluation sous la responsabilité des pilotes du processus.

De très nombreux indicateurs sont recueillis :

- Qualitatifs : IQSS nationaux (TDP MCO, les indicateurs d'hôpital numérique), EPP (Prescription de PSL, pertinence de la prescription de traitements antifongiques hors GHS, conformité prescriptions traitement personnel, suivi des prescriptions d'antibioprophylaxie un jour donné, ...), revue des événements indésirables (dont 2 Never Events) en COMEDIMS et en ACRES (8 réunions), audit sur les endoprothèses coronaires, qualité de l'administration, ré-évaluation de l'antibiothérapie à 72h, CBUM

- Quantitatifs (colligés dans le bilan d'activité annuel) : nombre d'EI, nombre de formation et de sensibilisation aux Never Events, aux erreurs médicamenteuses, nombre de documents qualité mis à jour ou réactualisés ou créés, nombre de lignes prescrites, nombre de lignes validées, ...

Un tableau de bord de suivi des indicateurs de la pharmacie est en place. Le rapport d'activité annuel est présenté aux instances. Les résultats des audits et des indicateurs font l'objet d'actions d'amélioration et de présentation aux équipes.

A / AGIR

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

Le suivi des plans d'actions est réalisé en COMEDIMS. Les actions d'amélioration identifiées sont déclinées en mode projet et intégrées dans le PAQSS institutionnel.

La communication interne est faite lors des réunions de services, de pôles, par affichage et dans le journal interne.

La communication externe est réalisée par l'affichage des indicateurs IQSS et au sein de la CDU.

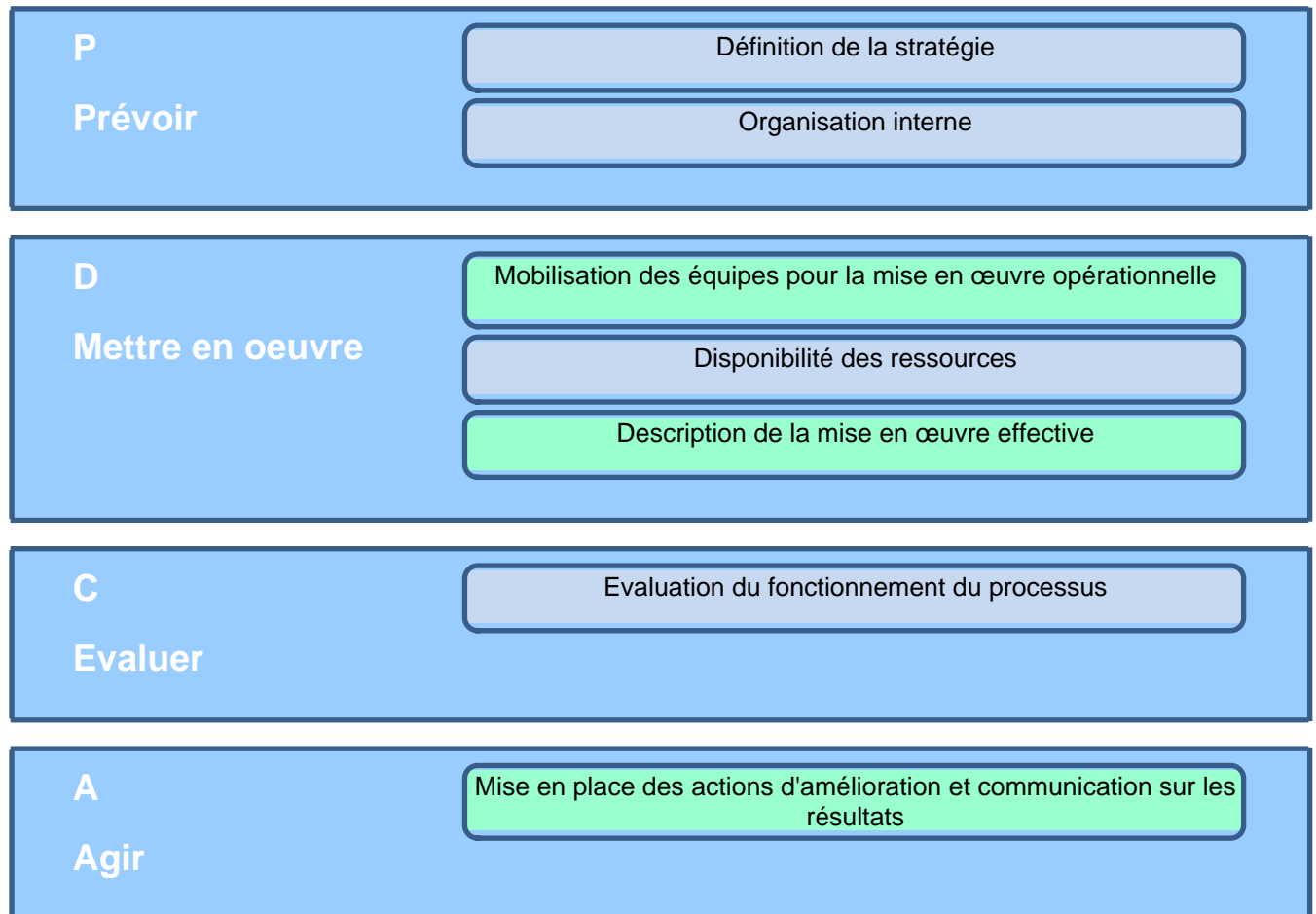
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que le service des urgences, partie prenante des réseaux d'urgences du territoire de santé, a défini une organisation qui garantit une réponse réactive et adaptée aux besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. L'organisation doit intégrer la mise en place de filières adaptées à certaines pathologies ou populations et intégrer la formalisation de la contribution des différents services concernés à la prise en charge des urgences et à l'accueil des patients dans le cadre d'une hospitalisation.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des urgences et des soins non programmés fait partie du pôle hautement spécialisé avec la réanimation, l'unité de surveillance continue et l'unité de soins intensifs de cardiologie. Il dispose d'une autorisation de 6 lits d'UHCD.

Le service a accueilli plus de 30 633 passages en 2017 (soit environ 84 passages /jour en moyenne, ce nombre est en constante augmentation depuis plusieurs années). Le service accueille les adultes et les enfants. L'établissement dispose également d'un secteur d'urgences obstétricales (traité avec le secteur de salle de naissance).

L'établissement a défini une politique des urgences et des soins non programmés autour de 4 axes en lien avec le projet médical et le projet de soins ainsi que des objectifs associés:

- L'accompagnement du développement de l'activité des urgences de l'établissement de façon efficiente sur l'ensemble des pôles :

- * Faciliter l'intégration et l'accueil des urgences au sein de l'établissement
- * Améliorer les délais de prise en charge
- * Coordonner la prise en charge des patients avec l'ensemble des acteurs (réseau ville-hôpital)

- L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins :

- * S'assurer du respect des règles d'identitovigilance dès l'entrée du patient.
- * Répondre à l'urgence vitale (déchoquage...).
- * Sécuriser le parcours patient aux urgences selon les spécificités.

- La promotion, le respect des droits et de l'information de la personne soignée :

- * Respecter les règles de confidentialité lors de l'accueil du patient par L'IOA
- * Participer à la prise en charge des personnes vulnérables dans le respect des règles de bientraitance
- * Développer une démarche éthique dans le cadre de la réactivation du comité éthique

- Le développement d'une culture managériale et accompagnement des équipes

- * Formation des équipes à la prise en charge des patients aux urgences, en particulier en tant qu'IOA
- * Assurer l'accompagnement et l'accueil des stagiaires
- * Formaliser les projets de service avec la participation des équipes
- * Communiquer sur les différents projets lors des réunions de service.

La cartographie des risques existante depuis 2015 a été revue avec les professionnels en tenant compte des attendus du CPOM, des axes de développement de la politique, de l'augmentation du nombre de passages et de son impact sur l'architecture, de la déclaration des évènements indésirables, des EPP, des résultats des indicateurs et des évaluations internes.

La hiérarchisation a été réalisée selon la grille HAS à 5 niveaux. La priorisation a tenu compte de la maîtrise déployée par l'établissement. 3 risques prioritaires ont été intégrés dans le compte qualité.

Les objectifs d'amélioration sont en lien avec les risques identifiés et l'activité du secteur. Ils sont intégrés dans le PAQSS institutionnel. Les actions ont été partagées et priorisées en équipe.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est confié à la cadre des urgences assisté d'un référent médical désigné par la CME. Une fiche de mission transversale définit le rôle et les responsabilités de chacun.

Une organisation est en place pour connaître la disponibilité en lits, une gestionnaire des lits est chargée de fluidifier les hospitalisations et d'aider le service à placer le patient dans le bon lit au bon moment.

Le dispositif d'évaluation et de suivi des temps d'attente et de passage est en place.

L'organisation de la prise en charge est formalisée. Le service dispose d'un règlement intérieur qui définit l'activité du service, les conditions techniques de fonctionnement (permanence médicale, planning de garde, les circuits de prise en charge, les critères d'éligibilité, la permanence des soins, la présence para médicale, la formation des personnels, le dossier informatisé, le transfert, la sortie), la commission des urgences, l'hôpital sous tension et le déclenchement de la cellule de crise, les locaux et matériels, les documents internes, la mise en œuvre de l'offre de soins (le réseau REULIAN, l'accès au ROR, les conventions avec le CHU, la clinique St Victor, l'EFS, ...), l'accès au plateau technique (radiologie et imagerie en coupe, laboratoire l'analyse biomédicale, le bloc opératoire en interne), la qualité et la sécurité des soins (indicateurs interne, audits, enquête de satisfaction, gestion des évènements indésirables...)

Les circuits de prise en charge sont organisés : deux portes d'entrée l'une pour les patients debout avec une salle d'attente dédiée et l'autre pour les patients couchés qui attendent dans le couloir des urgences.

Deux circuits sont identifiés : un circuit « court » plutôt orienté traumatologie, ORL, plaies et un circuit « long » plutôt orienté médecine qui nécessite un bilan et des examens complémentaires. Le degré de prise en charge est déterminé par l'IAO au moyen de l'échelle CIMU (Classification Infirmière des Malades aux Urgences) intégré dans le DPI, visible par tous les professionnels du service.

Le service a mis en place une commission des urgences qui dispose de son règlement intérieur qui définit son rôle (mise en œuvre de la politique, suivi du plan d'actions et des indicateurs), le lien avec le réseau REULIAN, sa composition, le rythme des réunions.

Les Ressources humaines sont en nombre et en adéquation avec l'activité. Un plan de formation interne est défini (IAO, déchoquage, urgences vitales, gypsothérapie, ...). Les professionnels sont attentifs à la gestion des flux, et aux droits des patients.

Concernant les ressources documentaires, de nombreux protocoles, procédures sont en place et disponible sur le logiciel de gestion documentaire.

Concernant les ressources matérielles, le service est doté du dossier patient informatisé déployé dans l'établissement. Il permet de visualiser les différentes étapes de la prise en charge dont les prescriptions médicamenteuses et d'examen complémentaires, l'alimentation du plan de soins ainsi que la validation, et le compte rendu. Les locaux sont en cours de transformation afin de maîtriser le nombre croissant de passages. Des mesures de protection des personnels ont été mises en place notamment pour les personnels d'accueil administratif (une vitre de protection à l'accueil, en raison de la proximité immédiate de la salle d'attente).

Les contrats d'entretien et de maintenance sont en place. La gestion des pannes est organisée.

Les interfaces sont organisées avec le laboratoire (par pneumatique) avec la radiologie (accès direct depuis les urgences) avec le bloc opératoire (fiche de liaison service/bloc – transfert par le service de brancardage) avec les services d'hospitalisation, avec la société de nettoyage pour l'hygiène, le service technique, la pharmacie

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes ont été mobilisées afin d'identifier les risques dans la cartographie. Les plan d'actions sont partagés et portés par l'encadrement du service tant médical que para médical.

Des actions d'amélioration ont été mises en place suite aux évaluations, audits (ré aménagement et restructuration de la zone d'accueil avec intégration de l'IAO (actuellement dans un bureau séparé), chariots d'urgence dans chaque poste de déchoquage avec check List d'ouverture, poursuite de la formation IAO de tous les professionnels, formation aux gestes d'urgences sur mannequin, ...).

Des protocoles, consignes, procédures sont en places et associent les professionnels à leur écriture. Les indicateurs sont exploités et étudiés en équipe lors des réunions de services, de pôle, et par affichage.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Différentes catégories professionnels sont représentés dans le service (cadre, IDES, AS, agent administratif, et médecins urgentistes). L'accompagnement des nouveaux professionnels est réalisé par compagnonnage. L'IAO bénéficie de formation dédié à sa spécialité. Les règles de remplacement sont en place (un pool de professionnels est formé sur les différents services du pôle, certains professionnels du pôle de chirurgie sont également formés pour les urgences).

Les professionnels ont accès aux formations (AFGSU, incendie, prise en charge de l'enfant, plan blanc, identitovigilance, bientraitance, ...) quel que soit la catégorie.

De nombreux protocoles et procédures sont mis à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire. Les professionnels sont associés à leur création et/ou à leur ré-actualisation.

Les différents temps d'attente sont suivis par le cadre. Cet indicateur alimente le DPI ce qui permet à tous les professionnels de connaître le temps d'attente des patients (entre l'accueil et l'IAO, entre l'IAO et le

MAO, vers les examens complémentaires, ...).

La disponibilité des lits est gérée en semaine et de journée par une gestionnaire des lits qui oriente les patients vers le service correspondant à sa prise en charge et la chambre. Au-delà de 16h30, elle faxe aux urgences les disponibilités restantes et le service se charge du placement des patients.

Les urgences disposent de matériels en nombre suffisant pour l'activité. Les locaux sont organisés en trois secteurs : le circuit long avec 7 boxes et 2 salles de déchoquage, le circuit court avec 2 boxes (une salle de gypsothérapie et une de suture) et les 6 lits d'UHCD. Les deux circuits disposent de salle de soins. La marche en avant est en place : accueil et tri par l'IAO, la prise en charge est effective selon le degré d'urgence et le circuit.

Le dossier informatisé permet d'assurer le suivi de la prise en charge depuis l'accueil jusqu'à la sortie et au-delà lors d'une hospitalisation immédiate. Le suivi en permanence du nombre de patient, de la durée d'attente, de délai moyen de prise en charge médicale est effectif. Lors de transfert, en interne, les prescriptions sont réalisées pour 48h afin d'assurer la continuité de la prise en charge directement dans le plan de soins. Pour les transferts extérieurs, un document de sortir résume la prise en charge.

En cas d'avis extérieur ou de prise en charge spécifique, le circuit est organisé (la pédiatrie vers le CHU, la prise en charge psychiatrique vers la clinique St Victor par exemple). Le service est en lien avec le réseau REULIAN des urgences.

Les matériels et équipements disposent de plan de maintenance préventive et curative. La gestion des pannes est organisé avec le biomédical.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients commencent au niveau de l'accueil. Le patient se présente à l'accueil administratif qui réalise son admission, vérifie son identité et pose un bracelet d'indentification.

L'IAO questionne le patient, prend les constantes, évalue la douleur, définit le degré de prise en charge avec l'échelle CIMU. Les différents éléments recueillis alimentent le recueil de données directement dans le DPI. En fonction du type de prise en charge, elle accompagne le patient vers la salle d'attente pour le circuit court ou le box pour le circuit long et transmet à ses collègues les premiers éléments recueillis. Le médecin voit le patient et prescrit, les bilans, les médicaments, les examens complémentaires, les surveillances, dès réception des résultats, un point est fait pour la suite à donner.

Si passage au bloc, l'appel à l'anesthésiste est réalisé. La préparation du patient pour le bloc est réalisée, les consentements et l'autorisation d'opérer sont recueillis. La fiche de liaison service /bloc est renseignée. Le patient est ensuite transféré vers le bloc selon l'heure d'opérer. Pour les patients présentant un problème cardiaque, ils sont transférés enUSIC très rapidement afin d'être pris en charge en secteur spécialisé (coronarographie, rythmologie, ...). L'établissement ne disposant pas de secteur de pédiatrie, si nécessaire après la prise en charge aux urgences, un transfert est réalisé vers le CHU.

En fonction de la pathologie, la partie gynécologique est pris en charge aux urgences, la partie obstétricale est orientée vers les urgences obstétricales située à proximité du secteur de naissance et maternité.

En fonction de la décision thérapeutique, le patient repart à domicile. Une ordonnance lui est remis si besoin. Il peut être hospitalisé, une recherche de lit est faite (soit avec l'aide de la gestionnaire de lits, soit directement par les urgences). Le DPI unique permet de connaître la prise en charge faite aux urgences, une prescription pour 48h alimente le plan de soins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De très nombreuses évaluations, enquêtes et audits sont suivies dans le service :

- En continu : temps de passage, temps d'attente, temps de séjour, nombre de patients, ...
 - A l'UHCD: nombre d'entrées, nombre de journées, durée moyenne de séjour, taux d'occupation
 - Provenance et orientation des patients, suivi des délais d'attente, ...
 - Audits : identitovigilance (port du bracelet), tenue du dossier sous forme de quick audit, audit organisationnel, satisfaction patients, traçabilité de la feuille d'ouverture des boxes de déchoquage, respect de la confidentialité, douleur,
 - Nombre de passages, nombre de passages de plus de 75 ans, nombre d'hospitalisation, ...
 - Surveillance des réadmissions et ré hospitalisation aux urgences
- Des EPP (douleur) sont en place ainsi que le suivi des indicateur IPAQSS.
Des actions d'améliorations sont mises en place et partagées.

Le recueil des évènements indésirables est effectif par les professionnels. Ils sont formés à l'utilisation du logiciel de déclaration. Sur les évènements déclarés, 60% d'entre eux ont fait l'objet d'actions d'amélioration qui sont pour 78% clos. Aucun de ces évènements n'a fait l'objet d'analyse de causes profondes.

A / AGIR

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

Un tableau de suivi des actions identifiées est en place et organisé en mode projet.
La communication est réalisée en interne lors des réunions avec les équipes. Des fiches actions (fiche RETEX) accompagnent les actions identifiées du service et celles réalisées dans l'établissement.
La communication externe est réalisée auprès des usagers en CDU.

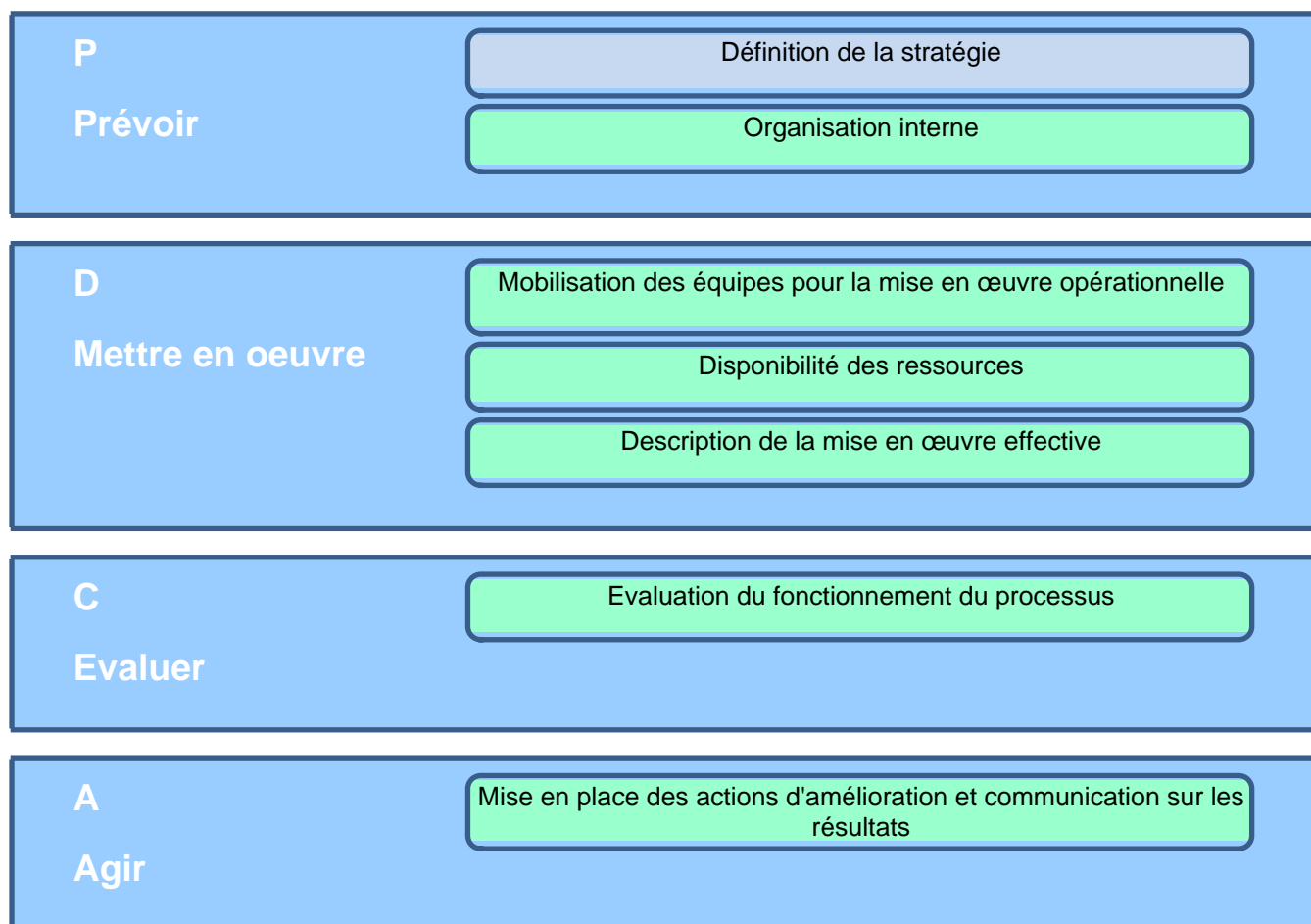
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

L'établissement de santé dispose d'un bloc opératoire pour des activités partagées de chirurgie, d'endoscopie, d'imagerie interventionnelle et comporte une salle de bloc dédiée aux urgences obstétricales.

Le secteur d'activité comprend 2 zones d'activités chirurgicales avec 19 salles (6 septiques, 7 hyper aseptiques, 1 de coronarographie, 1 de radiologie interventionnelle, 1 de césarienne, 3 salles d'endoscopie), 2 salles de réveil (pour 29 postes fonctionnels) et 1 stérilisation centrale.

17 spécialités chirurgicales sont représentées avec de nouvelles activités (dont 1 robot depuis 2017). 29 248 interventions ont été réalisées en 2017.

Les différents secteurs d'activité du bloc opératoire (dont l'urgence obstétricale) sont identifiés avec définition d'un pilotage institutionnel commun, dans un document stratégique validé et connu. Cette politique, validée par les instances (CME, CODIR) est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Elle est en lien avec le projet médical et le projet de soins de l'établissement.

Le projet médical du Pôle Saint Etienne (Médicalisation Adaptation Pôle 2015), présenté en mai 2012 précise en particulier, dans ses 5 orientations stratégiques, la prise en charge en chirurgie ambulatoire. Ce projet a été actualisé (Digitalisation, Optimisation, Innovation, Talent 2016-2020) avec identification d'une Politique « Management de la PEC du patient au bloc opératoire » (janvier 2018).

Une politique et des objectifs ont été élaborés pour le bloc opératoire, sur la base d'une identification des besoins du territoire de santé, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

Un processus de prise en charge en chirurgie ambulatoire a été réalisé en déclinant les attendus à chaque étape de la prise en charge.

Une identification, une analyse et une hiérarchisation des processus à risques (interventionnels, supports) sont le support d'une formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance au bloc opératoire.

La cartographie des risques a permis d'en identifier 67 dont 3 jugés prioritaires, qui ont été intégrés au CQ et au PAQSS de l'établissement, se traduisant par 12 actions à conduire, avec un échéancier.

Concernant la chirurgie ambulatoire, un processus de prise en charge « ambulatoire », support d'actions ciblées a été formalisé.

L'établissement a défini pour le bloc opératoire ses priorités et identifié des objectifs mesurables, en lien avec l'identification des besoins et l'analyse des risques spécifiques au secteur d'activité. Cette identification et cette hiérarchisation des actions se sont appuyées sur l'exploitation des données issues de l'analyse a priori et a posteriori et permettent d'améliorer la réponse aux besoins (dont le développement de la chirurgie ambulatoire), de répondre de façon adaptée au contexte et aux spécificités de l'établissement et aux objectifs de maîtrise des risques (intégration des risques identifiés et priorités au PAQSS de l'établissement).

Cette analyse des missions et des risques s'est faite dans le cadre d'une stratégie institutionnelle d'élaboration en concertation avec les professionnels du bloc opératoire.

L'identification et l'analyse des missions et des risques ont été réalisées à partir :

- De l'utilisation des données disponibles (positionnement régional, IQSS, précédents résultats de certification, analyse des EI)
- De la participation des pilotes en charge du processus
- De la hiérarchisation des risques selon une méthode définie (HAS) et avec l'aide méthodologique du service qualité de l'établissement.

Ces objectifs stratégiques ont été intégrés au programme institutionnel d'actions formalisé, priorisé et unique, en reprenant, pour le bloc opératoire les risques priorités de ce secteur d'activité et leur plan d'actions.

Le compte qualité a vocation à rendre visibles les priorités stratégiques de l'établissement concernant le bloc opératoire.

Les modalités de diffusion et de communication ont été assurées à l'ensemble des professionnels de l'établissement au sein des instances dont la CME et le CODIR.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus « bloc opératoire ». Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission générique, personnalisée par l'identification de la personne désignée (avril 2016) et définis en lien avec la « Charte de bloc opératoire », actualisée en septembre 2016.

La coordination est assurée par 1 pilote (soignant avec fonction de Chef de bloc) et 1 référent (médecin anesthésiste-réanimateur).

L'équipe est complétée de 5 référents (adjoint du chef de bloc, référent bloc opératoire, référent pôle ambulatoire, référent SSPI-brancardage, référent projets transversaux).

L'activité de ce secteur est précisée dans une « Charte ambulatoire » actualisée en septembre 2016.

Le conseil de bloc se réunit semestriellement. Sa composition modifiée permet d'y intégrer les spécialités chirurgicales et médicales (dont l'endoscopie et l'imagerie interventionnelle) intervenant au bloc opératoire.

L'établissement a prévu les ressources humaines nécessaires (effectif et formation), matérielles (locaux, équipements et maintenance) et documentaires (procédures, protocoles et dispositif de gestion documentaire) au regard des besoins et des risques identifiés. Il est recherché une adéquation des effectifs en fonction des besoins identifiés (chirurgie programmée, volume d'activité, gestion de l'urgence, adaptation aux activités nouvelles). La permanence des soins est formalisée sous forme de tableaux de gardes et astreintes. Les besoins en formation continue garantissant la maîtrise du processus sont identifiés et les actions de formation planifiées.

L'organisation et la gestion des interfaces, tout particulièrement avec les secteurs de soins, permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels.

L'organisation est formalisée dans une charte de fonctionnement et validée par un conseil de bloc opérationnel. Les missions de régulation sont définies dans la charte de bloc opératoire et les fiches de postes correspondantes (chef de bloc, référent de bloc, secrétaire de bloc).

Néanmoins, les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures issues de documents de référence non exhaustifs ni actualisés. L'ensemble des documents (chartes, fiches de postes, fiches techniques) a été réalisées en des temps différents. Ils ne sont pas tous indexés et n'ont pas bénéficié d'une lecture transversale permettant d'harmoniser leur contenu si nécessaire, rendant de ce fait la formalisation du dispositif incomplète (non indexation de certains documents, informations partielles ou manquantes). Il en est de même pour le règlement intérieur du Conseil du bloc opératoire qui ne comporte pas de date de réalisation, ni d'indexation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management du secteur bloc opératoire organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Le management des secteurs communique auprès de son équipe, sur la politique de l'établissement en lien avec le processus et recueille leurs avis quant aux risques et besoins spécifiques à ce secteur, particulièrement lors de l'actualisation de la cartographie des risques. L'actualisation a été réalisée par les membres du comité de pilotage en lien avec le service qualité.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge au bloc opératoire et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité auprès des professionnels du secteur d'activité.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats...).

Le conseil de bloc est destinataire des résultats des indicateurs et propose des actions correctives.

Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs et des évaluations par l'encadrement du bloc opératoire.

Des RMM « généralistes » sont réalisées mensuellement au sein du bloc opératoire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le pilotage opérationnel de la qualité et de la sécurité est organisé et effectif au niveau du bloc opératoire. La régulation des activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du

patient, est organisée pour les activités du bloc opératoire, planification des activités opératoires, d'endoscopie et d'imagerie interventionnelle, selon des modalités définies et connues (planification prévisionnelle S-1, réactualisation à J-1, intégration des urgences à J0). Cette planification est informatisée sur un support unique.

L'organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions) permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires).

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Un planning de gardes et astreintes permet d'assurer la permanence des soins pour chacune des spécialités chirurgicales (chirurgie thoracique, ophtalmologie, urologie, chirurgie viscérale, chirurgie gynécologique, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie ORL cervico faciale), avec une équipe d'anesthésiste dédiée au bloc opératoire (indépendante de celle intervenant en salle de naissance) et de garde sur place.

Un plan de formation est défini pour les besoins spécifiques au secteur d'activité dont des formations qualifiantes (IBODE).

L'intégration des nouveaux arrivants est organisé, sur le mode du compagnonnage (tutorat pendant 3 semaines, « Livret d'accueil du nouveau salarié au bloc opératoire »).

La gestion documentaire a été actualisée pour être intégrée à la GED de l'établissement. Les modalités d'accès sont connues des professionnels. Les professionnels sont associés à la rédaction et à l'actualisation de ces documents.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension équipe) sur le secteur du bloc opératoire proprement dit. Un parcours patient coordonné a été réalisé pour la chirurgie ambulatoire avec définitions d'un « parcours long » et d'un « parcours court » comportant des attendus ciblés

Les locaux sont adaptés à l'activité plurielle du bloc opératoire (intégrant l'endoscopie et l'imagerie interventionnelle, dont une salle hybride).

La maintenance préventive est planifiée et la maintenance curative organisée.

L'organisation des interfaces permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire est opérationnelle.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (SSPI, réanimation, USIC, Surveillance continue, salle de naissance, secteurs de soins).

La fiche de liaison Service/Bloc, encore au format papier, comporte les renseignements utiles non accessibles dans le DPI.

La déclaration des EI est organisée et suivie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention par l'équipe opératoire. La traçabilité est organisée et opérationnelle. Elle inclue les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles).

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salle) est effective.

Toutefois, les documents nécessaires à la prise en charge et au suivi en ambulatoire ne sont pas systématiquement réalisés ni remis au patient au moment de la sortie. Si l'organisation de la PEC en chirurgie ambulatoire est définie dans la Charte ambulatoire pour chaque étape, les modalités opérationnelles précisant les conditions de l'appel de la veille, de l'appel du lendemain et de l'aptitude de mise à la rue, après validation du score de Chung, ne sont pas systématiquement précisées ou de façon contradictoire (chirurgie de la cataracte).

L'établissement a fait le choix:

- De ne pas rendre systématique l'appel de la veille, et l'appel du lendemain pour les patients d'ophtalmologie (cataracte). Une enquête a été réalisée auprès des patients sur le besoin et la nécessité des appels, il est ressorti qu'à plus de 90%, les patients ne voyaient pas le besoin et ils respectaient les consignes données.
- D'une validation anticipée de la sortie dès la SSPI par le médecin anesthésiste, sous réserve d'un score

de Chung réalisé par l'infirmière d'UCA selon le schéma défini. La charte précise à propos de l'aptitude de mise à la rue : « la décision de sortie est prise par le médecin [...] définis dans les chemins cliniques [...] soumise à la réalisation d'un score de CHUNG PADSS [...] d'une visite médicale au besoin », « l'opérateur peut assurer une visite post interventionnelle afin de prononcer ou non sa sortie si besoin », « la validation du score, par l'infirmière, entraîne la sortie effective du patient ».

Les modalités sont connues des professionnels, spécialité par spécialité, de par leur pratique quotidienne. De plus, il a été constaté lors du parcours ambulatoire l'absence de traçabilité de la visite de l'opérateur en UCA, de la rédaction du CRO ou de la lettre de sortie dans des dossiers consultés. Ces constats corroborent ceux des "quick tests" réalisés mensuellement par le cadre de chirurgie ambulatoire.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (fiches de liaison au format papier, prescription informatisée, DPI unique).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés, avec implication des professionnels et organisation d'un retour d'expérience.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus « salle bloc opératoire » et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés, indicateurs quantitatifs (activité, efficience) et qualitatifs (événements indésirables, RMM), tableaux de bord, bilan d'activité. Ce dispositif d'évaluation et de suivi est structuré.

Parmi les indicateurs d'activité quantitatifs sont suivis le taux d'occupation des salles, le taux de retards, le taux de débordements, le taux de chirurgie ambulatoire ...

Parmi les indicateurs qualitatifs sont réalisés des audits périodiques (cahier d'ouverture de salles, check list au bloc opératoire, quicks audits en unité de chirurgie ambulatoire, bio nettoyage, ...).

3 EPP ont été inscrites au compte qualité de l'établissement. Des RMM dites « généralistes » sont réalisées mensuellement. Elles sont enrichies de l'analyse des événements porteurs de risques déclarés par les médecins dans le cadre de leur accréditation individuelle. Le recueil et l'analyse des événements indésirables est organisé avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience.

Un questionnaire spécifique à la chirurgie ambulatoire permet de suivre le degré de satisfaction des patients. Un parangonnage est réalisé entre les blocs opératoires du groupe sous forme d'un « Top 10 ».

A / AGIR

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

Les actions identifiées et priorisées pour le processus « bloc opératoire » ont été intégrés au PAQSS de l'établissement et font l'objet d'un plan d'action défini et suivi. Le pilote du processus est membre du CODIR et y présente l'état d'avancement des actions conduites. Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel pour les 3 risques identifiés et priorisés. L'état d'avancement de ces actions est suivi.

La communication des résultats de l'ensemble des actions et des évaluations conduites est réalisée auprès des professionnels.

Les supports et modalités de diffusion sont établis, en particulier lors des réunions de service et en Conseil de bloc. Les résultats des indicateurs IPAQSS pour l'établissement sont suivis et partagés avec les professionnels du bloc opératoire avec un rappel des objectifs attendus.

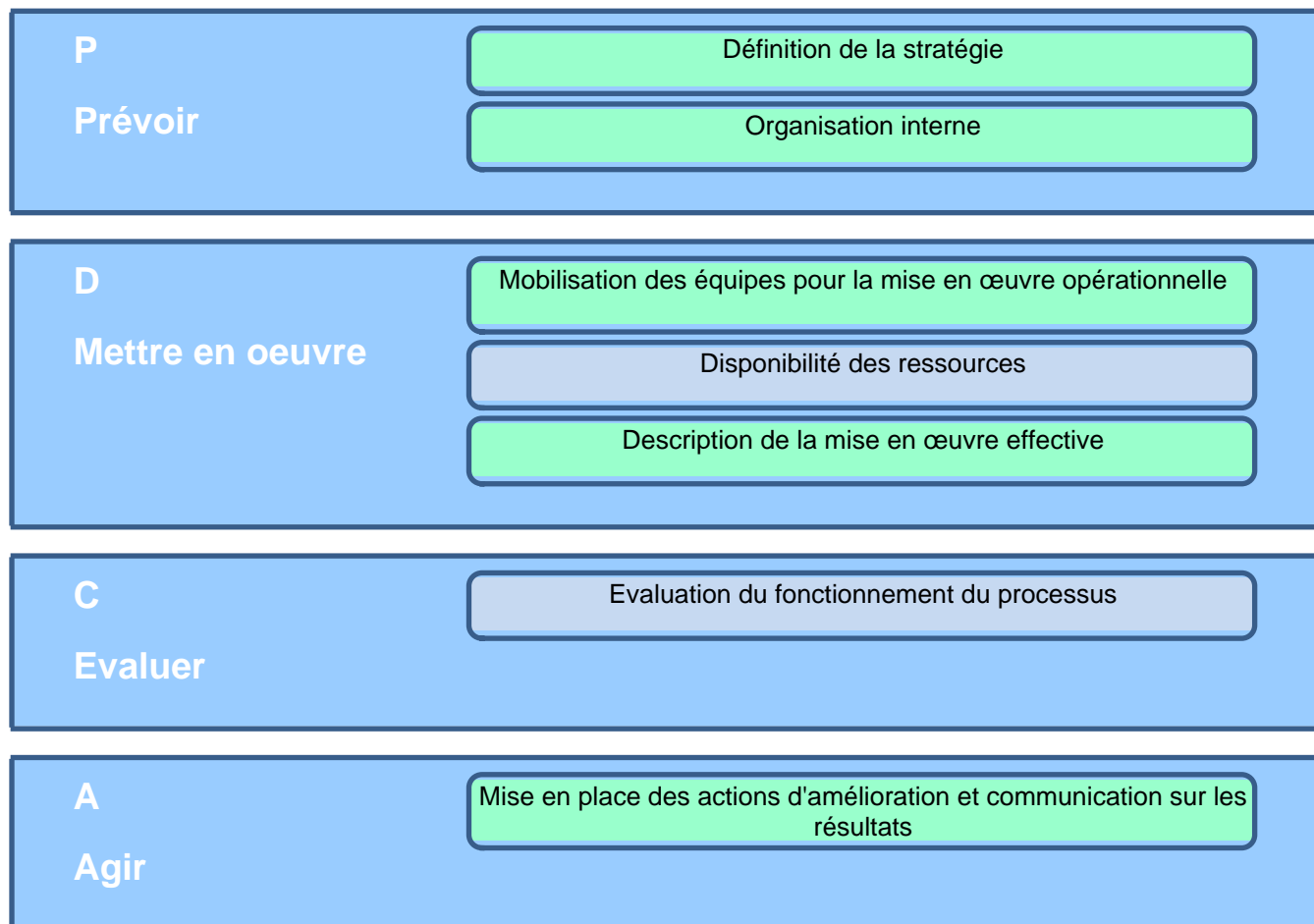
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

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

L'Hôpital Privé de la Loire (HPL) dispose d'un secteur d'imagerie interventionnelle intégré au sein du bloc opératoire. Le processus couvre plusieurs secteurs d'activité :

- En cardiologie : la coronarographie diagnostique et thérapeutique, la rythmologie diagnostique et thérapeutique, angioplastie, cathétérisme cardiaque, problème valvulaire, ...
- En vasculaire : stents périphériques, chirurgie aortique...
- En neurochirurgie : intervention sur le rachis et la moelle (hernies discales, arthrodèses, canal lombaire étroit, ...).

Une politique du service d'imagerie interventionnelle 2018 a été définie en déclinaison de l'objectif stratégique du projet médical qui vise à « renforcer nos pôles d'excellences, filières et activités ».

Cette politique porte sur l'organisation et les dispositions mises en œuvre pour assurer la protection des professionnels et des patients. Les orientations stratégiques ont été identifiées au regard de la réglementation, des recommandations des sociétés savantes, du rapport ASN (Agence de Sécurité Nucléaire), de la politique qualité, et de la cartographie des risques couvrant l'ensemble du processus (information du patient, traçabilité dans le dossier du patient, surdosage patient, défaillance du matériel, formation, ressources humaines, documentation, ...). Ils concernent :

- La prévention et la protection du personnel
- La formation
- La maintenance et commandes.

Les risques ont été identifiés, hiérarchisés selon la grille HAS par les personnes ressources (responsable qualité, personne compétente en radioprotection, l'adjoint au bloc, les chirurgiens référents en vasculaire et en cardiologie, les responsables des unités de soins du vasculaire et de l'USIC) et les plus significatifs ont implémenté le Compte Qualité (trois risques dont un prioritaire).

Les actions d'amélioration en lien ont été identifiées et sont articulées avec le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) institutionnel. Pour chacune des actions, des responsables, un calendrier, l'état d'avancement et les modalités de suivi sont définies.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus d'imagerie interventionnelle. Ainsi, le pilotage a été confié à l'adjoint de bloc assisté de deux référents médicaux des secteurs à risque (chirurgien vasculaire et cardiologue) en lien avec le conseil de bloc.

Les rôles et responsabilités sont décrits dans une fiche de mission générique signée par le pilote et les référents médicaux. La charte du bloc opératoire est prévue d'être modifiée pour intégrer un volet spécifique à l'imagerie. Elle définit les règles de fonctionnement du bloc conformément à la réglementation et aux règles de bonnes pratiques professionnelles. Elle est validée par le Directeur Général, la CME et le conseil de bloc.

L'établissement organise la réponse à ses besoins en moyens humains, matériels et documentaires. Dans tous les secteurs, les ressources humaines tant médicales que paramédicales sont en adéquation avec l'activité.

Le suivi de la radioprotection en imagerie interventionnelle est assuré par la personne compétente en radioprotection (à temps complet). Il est intégré au sein du bloc opératoire. Un temps de radio-physicien est organisé par contrat de prestation.

Une organisation est en place pour assurer la continuité des prises en charge (une garde pour la coronarographie et une astreinte pour le vasculaire).

Les agents bénéficient de formation en lien avec leur activité. La formation à la radioprotection des travailleurs et des patients est organisée en interne par le PCR. La formation de renouvellement du PCR est prévue en mai 2018. Une formation au bio nettoyage pour les brancardiers est prévu en 2018 (10 agents).

Les ressources documentaires sont formalisées, validées et consultables sur le module dédié à la gestion documentaire du logiciel dossier patient (« indication pour mettre le champ « dose radiologique » dans le CRO », « inscriptions de valeurs dose radio en per opératoire », « déclaration d'évènement indésirable

relatif à la radioprotection », « check-list sécurité du patient en radiologie interventionnelle »...). Elles ont notamment été mises à jour pour certaines suite à l'inspection de l'ASN pour intégrer le résumé des seuils de notification des doses de suivi des patients (« ablation de fibrillation atriale par cryothérapie », « préparation d'intervention angioplastie », ...). Un document d'information à destination des patients est formalisé sur l'acte de coronographie (description de la préparation et du déroulé de l'examen, des consignes post-coronographies et des conseils lors du retour à domicile).

Les locaux, matériels et équipements sont identifiés. Les zonages et les signalétiques sont en place. Un système de maintenance préventive et curative est organisé en collaboration avec le service biomédical pour les appareils à l'aide d'une GMAO (Gestion de Maintenance Assistée par Ordinateur). Le suivi des équipements de protection individuelle est organisé par le PCR (fichier tableur).

Les outils informatiques sont à disposition et en nombre. La traçabilité est effective au moyen d'un logiciel dédié pour la coronographie qui génère automatiquement le compte rendu opératoire (CRO) et permet ainsi d'assurer entre autre la traçabilité des dispositifs médicaux stériles et implantables, ainsi que de la dose délivrée. Pour le service vasculaire et neurochirurgie la saisie des informations est effectuée par l'IDE (l'absence de saisie des données liées aux rayonnements est bloquante sur le logiciel). Par la suite, ces données alimentent directement le CRO du dossier patient. Ainsi, les comptes rendus comprennent l'ensemble des informations relatives au déroulement, au suivi de l'examen ainsi que la dose délivrée au patient. Les logiciels du service sont en lien avec le DPI.

Les interfaces pharmacie (pour les dispositifs médicaux), USIC (Unité de Soins Intensifs Cardiologiques), brancardage et services de soins sont organisées pour la prise en charge des patients, la médecine du travail pour le suivi des professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement médical et paramédical est chargé de l'opérationnalité de la mise en œuvre du processus. En raison de la spécificité des examens pratiqués et des risques encourus pour le patient, les professionnels sont particulièrement sensibilisés aux objectifs d'amélioration identifiés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont adaptés en nombre et en compétence à l'activité d'imagerie interventionnelle. Pour l'activité de coronographie, du personnel infirmier (3) est dédié spécifiquement. Sur les autres disciplines, ce personnel est polyvalent.

Le PCR fait partie du réseau PCR Bourgogne/Rhône Alpes. Dans ce cadre, les rencontres semestrielles en présence d'inspecteurs de l'ASN favorisent le partage d'expérience. La totalité des professionnels concernés ont bénéficié de la formation radioprotection des travailleurs et des patients. Le PCR tient un tableau de bord pour le suivi du renouvellement de ces formations conformément à la réglementation.

Les ressources documentaires sont en place. Elles sont accessibles depuis les postes informatiques. Différents supports permettent la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge des patients dans les dossiers d'examen. La dosimétrie est intégrée au dossier patient informatique via les CRO.

Les locaux sont identifiés : deux salles hybrides pour le vasculaire et la cardiologie, et 6 amplificateurs mobiles pour la neurochirurgie. Une salle avec les dispositifs médicaux implantables (DMI) se trouve à proximité. Un logiciel groupe permet la gestion des commandes automatiques avec le fournisseur (suivi réalisé par le PCR). Les ressources matérielles sont conformes, adaptées et entretenues. Les vérifications et maintenance des appareils sont suivies en lien avec le PCR par le biomédical avec les constructeurs (contrats).

Des contrôles qualité internes (dernier en date du 03/2018) et externes (dernier en date du 10/2017) sont réalisés par des organismes agréés à périodicités définies. De plus, le PCR réalise trimestriellement des contrôles qualité internes (dernier en date du 03/2018 et le prochain programmé en date du 06/2018). Un contrôle technique externe des appareils, de la signalisation a été conduit par un organisme agréé en novembre 2017 et un contrôle interne a été mené par le PCR en décembre 2017. Afin de garantir un contrôle continu, le PCR va revoir les dates de ses contrôles afin qu'ils ne soient pas sur les mêmes périodes des autres contrôles internes/externes. De plus, il a prévu de centraliser via un tableau de bord le suivi global de ces contrôles.

Les règles d'accès aux secteurs protégés sont respectées.

Les équipements individuels de protection disponibles sont adaptés à l'activité (tabliers, cache-thyroïde, lunettes plombées, ...). Ces équipements sont nominatifs pour les disciplines les plus irradiantes. Les dosimètres passifs et opérationnels sont en place et contrôlés périodiquement. Les résultats sont transmis au service de santé au travail.

L'hygiène est assurée entre deux prises en charge par le brancardier (traçabilité assurée sur le cahier présent dans chaque salle). Une procédure décrit « l'entretien itératif d'une salle d'opération entre deux interventions ». Des prélèvements de surface sont réalisés par l'hygiène.

Les interfaces sont en place avec le bloc opératoire, la salle de réveil, les services d'hospitalisation, l'informatique, le bio médical, la pharmacie, le brancardage, l'hygiène, ... La traçabilité est organisée dans le DPI. Le compte rendu inclus la dosimétrie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation de l'imagerie interventionnelle est connue et appliquée par les professionnels. Ils mettent en œuvre les organisations établies pour la prise en charge des patients et leur sécurité. Les programmations sont effectuées depuis le logiciel dossier patient informatisé. Le conseil de bloc restreint valide le planning opérationnel des interventions programmées pour la semaine suivante. La régulation des activités tient compte de l'activité programmée et urgente.

En intervention programmée en cardiologie et en vasculaire (secteurs investigués) :

La veille de l'examen, le médecin visite le patient pour s'assurer que l'information sur le déroulé de l'examen et bénéfices / risques a été donnée et comprise (document d'information pour la coronographie remis par l'IDE en amont) et que le recueil du consentement et l'autorisation d'opérer sont effectifs.

Le jour de l'examen, le patient et son dossier sont amenés par le brancardier. Au niveau du SAS du bloc, il est accueilli par l'IDE ou le brancardier du bloc. Devant la salle d'intervention, l'IDE procède à son interrogatoire d'après la check-list en place (contrôle de l'identité, si allergie, ...) et vérifie la complétude du dossier (contrôle signature de la feuille anesthésie et de l'autorisation d'opérer). Il est installé sur la table d'opération en fonction du site d'intervention. L'examen se déroule avec deux IDE. L'une assiste le chirurgien et surveille la dose délivrée avec une information orale en coronographie à partir de 1,5 grays (en salle vasculaire suivi des doses reçues en temps réel avec alerte à l'écran) et l'autre à l'extérieur de la salle surveille les écrans (saturation, tension, électro,...). Après l'examen, pour le vasculaire le patient repart en chambre. Pour l'examen de coronographie, il passe par la salle de réveil et remonte en chambre après passage du médecin et validation de l'anesthésiste.

La permanence des soins la nuit, les week-ends et jours fériés est assurée (cardiologue et anesthésiste de garde et chirurgien vasculaire d'astreinte).

En cas d'urgence ou d'intervention non programmée, l'information du patient sur le déroulé de l'examen est délivrée en même temps que l'interrogatoire. Après l'examen, il sera pour la coronographie transféré enUSIC.

En cas de dépassement de dose (supérieur à 2,5 grays) le compte rendu dosimétrique du patient est édité avec la dose totale délivrée, le PCR déclare l'évènement indésirable pour traitement et un suivi dermatologique du patient est initié.

Différents supports papier permettent la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge des patients dans les dossiers d'examens. Ces supports étant ensuite scannés et intégrés au DPI. La traçabilité des actions et activités en lien à l'examen est réalisée (voie, traitement administré, matériel utilisé, dosimétrie, ...). Les compte rendus et actes sont intégrés au dossier patient.

La traçabilité concernant les matériels, les DMS/DMI, le bio-nettoyage, les contrôles environnementaux (eau, air, surfaces), le suivi des dosimétries, l'ouverture de salle (check-list), l'interrogatoire dont la vérification d'identité (check-list) est effective et partagée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs internes quantitatifs (taux d'occupation salles hybrides, activité rythmologie, suivi dosimétrie,...) et qualitatifs (EI, ACRES, RMM, actions réalisées au PAQSS, formations, prélèvements de surface...).

Des EPP sont menées : EPP pertinence de la pose d'endoprothèses coronaires actives, EPP sur l'évaluation des doses aux extrémités qui a conduit à la mise en place d'actions d'amélioration (achats de lunettes plombées et sensibilisation au port de cet équipement), audit clinique stent actif (97,1% de dossiers conformes). Un audit de dossier sur la traçabilité de la dose administrée a été conduit à la suite de l'inspection ASN (100% de dossiers conformes).

Les évènements indésirables font l'objet d'une déclaration et d'un suivi en interne.

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

Les actions d'amélioration sont issues du plan d'action correctif imposé par l'ASN, des risques priorités au compte qualité (25% réalisées et le reste en cours), des résultats des indicateurs et des évaluations réalisées. Elles sont intégrées au PAQSS institutionnel.

La communication des résultats est réalisée par les pilotes du processus lors des conseils de bloc, des réunions des instances de pilotage de la politique qualité (Copil qualité, CME) et des réunions de service.

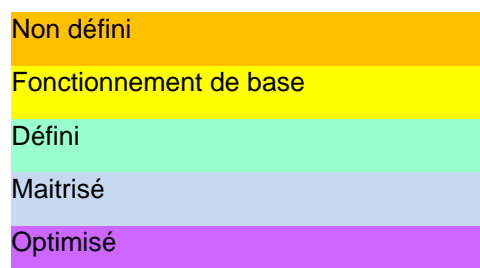
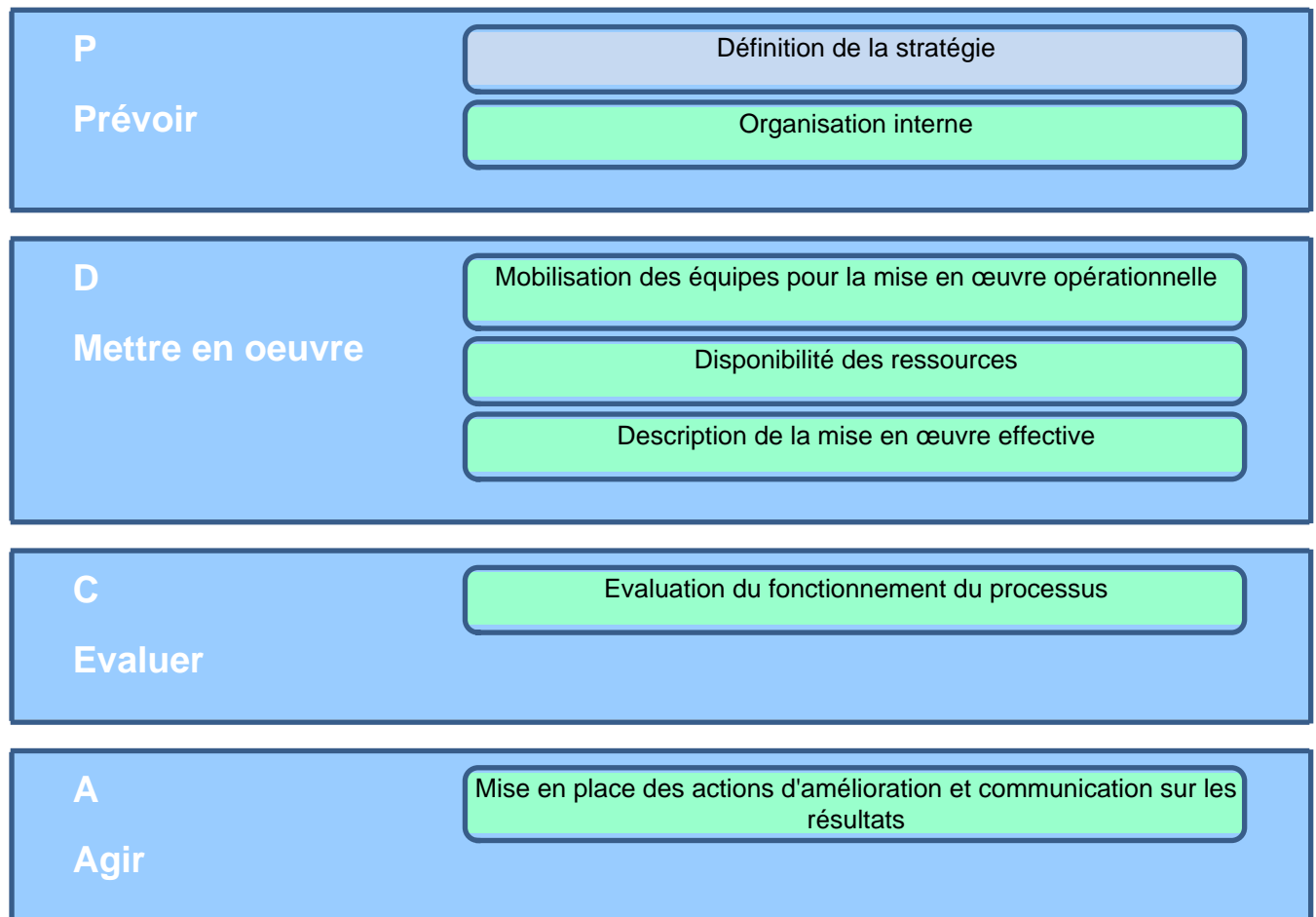
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement de santé dispose d'un bloc opératoire pour des activités partagées de chirurgie, d'endoscopie, d'imagerie interventionnelle.

Le secteur d'activité du bloc opératoire comprend 3 salles dédiées à l'endoscopie, 2 salles de réveil (pour 29 postes fonctionnels) et 1 salle pour le nettoyage des endoscopes souples. Les autres secteurs d'activité réalisant des endoscopies sont la consultation externe d'urologie et la réanimation. 8 536 actes d'endoscopie ont été réalisés en 2017 (491 écho endoscopies, 127 cathétérismes, 7 137 endoscopies diagnostiques avec anesthésie, 781 endoscopies thérapeutiques avec anesthésie).

Une politique et des objectifs ont été élaborés pour l'endoscopie, sur la base d'une identification des besoins du territoire de santé, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Les différents secteurs d'activité d'endoscopie sont identifiés avec définition d'un pilotage institutionnel commun, dans un document stratégique validé et connu. Cette politique, validée par les instances (CME, CODIR) est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Elle est en lien avec le projet médical et le projet de soins de l'établissement.

Le projet médical du Pôle Saint Etienne (Médicalisation Adaptation Pôle 2015), présenté en mai 2012 précise en particulier, dans ses 5 orientations stratégiques, la prise en charge en Endoscopie/Gastroentérologie. Ce projet a été actualisé (Digitalisation, Optimisation, Innovation, Talent 2016-2020) avec identification d'une Politique « endoscopie » (janvier 2018).

Une identification, une analyse et une hiérarchisation des processus à risques (interventionnels, supports) sont le support d'une formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance en endoscopie. La cartographie des risques a permis d'en identifier 40 pour l'activité d'endoscopie, dont 4 jugés prioritaires, qui ont été intégrés au Compte Qualité et au PAQSS de l'établissement, se traduisant par 12 actions à conduire, avec un échéancier.

L'établissement a défini pour l'endoscopie ses priorités et identifié des objectifs mesurables, en lien avec l'identification des besoins et l'analyse des risques spécifiques au secteur d'activité. Cette identification et cette hiérarchisation des actions se sont appuyées sur l'exploitation des données issues de l'analyse a priori et a posteriori et permettent d'améliorer la réponse aux besoins (dont une astreinte pour les endoscopies digestives) ; de répondre de façon adaptée au contexte et aux spécificités de l'établissement et aux objectifs de maîtrise des risques (intégration des risques identifiés et priorités au PAQSS de l'établissement). Cette analyse des missions et des risques s'est faite dans le cadre d'une stratégie institutionnelle d'élaboration en concertation avec les professionnels de l'endoscopie.

L'identification et l'analyse des missions et des risques ont été réalisées à partir :

- De l'utilisation des données disponibles (positionnement régional, IQSS, précédents résultats de certification, analyse des EI)
- De la participation des pilotes en charge du processus
- De la hiérarchisation des risques selon une méthode définie (HAS) et avec l'aide méthodologique du service qualité de l'établissement.

Ces objectifs stratégiques ont été intégrés au programme institutionnel d'action formalisé, priorisé et unique, en reprenant, pour le secteur d'endoscopie les risques priorités de ce secteur d'activité et leur plan d'actions. Le compte qualité a vocation à rendre visible les priorités stratégiques de l'établissement concernant l'endoscopie. Les modalités de diffusion et de communication ont été assurées à l'ensemble des professionnels de l'établissement au sein des instances dont la CME et le CODIR.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus « endoscopie ». Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de missions générique, personnalisée par l'identification de la personne désignée (avril 2016) et définis en lien avec la « Charte de bloc opératoire », actualisée en septembre 2016, pour l'ensemble des activités réalisées au sein du bloc opératoire.

La coordination est assurée par 2 pilotes (soignant avec fonction de Chef de bloc et médecin gastroentérologue). L'équipe est complétée d'1 référent (ingénieur biomédical). Le pilotage opérationnel

de la qualité et de la sécurité est organisé et effectif au niveau du bloc opératoire incluant des actes d'endoscopie.

L'organisation est formalisée dans une charte de fonctionnement et validée par un conseil de bloc opérationnel. Sa composition modifiée permet d'y intégrer les spécialités chirurgicales et médicales (dont l'endoscopie et l'imagerie interventionnelle) intervenant au bloc opératoire. Le conseil de bloc se réunit semestriellement.

Un processus de prise en charge en chirurgie ambulatoire, intégrant l'activité d'endoscopie avec anesthésie, a été réalisé en déclinant les attendus à chaque étape de la prise en charge. L'activité de ce secteur est précisée dans une « Charte ambulatoire » actualisée en septembre 2016, commune pour la chirurgie et l'endoscopie digestive.

La régulation des activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, est organisée pour les activités de l'endoscopie. La planification des activités d'endoscopie, est assurée selon des modalités définies et connues (planification prévisionnelle S-1, réactualisation à J-1, intégration des urgences à J0). Cette planification est informatisée sur un support unique. Les missions de régulation sont définies dans la charte de bloc opératoire et les fiches de postes (chef de bloc, référent de bloc, secrétaire de bloc).

L'établissement a prévu, les ressources humaines nécessaires (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) au regard des besoins et des risques identifiés.

Il est recherché une adéquation des effectifs en fonction des besoins identifiés (activité programmée, volume d'activité, gestion de l'urgence, endoscopie interventionnelle). La permanence des soins est formalisée sous forme de tableaux de gardes et astreintes.

Les besoins en formation continue garantissant la maîtrise du processus sont identifiés et les actions de formation planifiées.

Les modalités concernant le nettoyage en un lieu unique, sa traçabilité, le stockage, et la mise à disposition des endoscopes (bloc opératoire, soins externes d'urologie) sont définies, connues des professionnels et suivies. Une procédure prévoit le nettoyage des instruments pour les actes réalisés en urgence. La réanimation utilise des endoscopes à usage unique.

L'organisation et la gestion des interfaces, tout particulièrement avec les secteurs de soins, permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ces risques et besoins, le management du secteur bloc opératoire (comprenant l'endoscopie digestive) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Le management s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge en endoscopie et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité auprès des professionnels du secteur d'endoscopie digestive mais elle n'a pas été étendue pour les autres secteurs d'activité réalisant des endoscopies dont l'urologie.

Un parcours patient coordonné a été réalisé pour la chirurgie ambulatoire avec définitions d'un « parcours long » et d'un « parcours court » comportant des attendus ciblés. Ce parcours inclut les actes d'endoscopie digestive.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats...). La déclaration des événements indésirables est organisée et suivie.

Le conseil de bloc (intégrant des professionnels de l'endoscopie) est destinataire des résultats des indicateurs et propose des actions correctives. Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs et des évaluations par l'encadrement du bloc opératoire.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions) permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires). Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles en endoscopie.

La régulation des activités d'endoscopie réalisées au bloc opératoire est commune avec celle du bloc opératoire, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient (responsable identifié, suivi d'indicateurs définis, traitement des dysfonctionnements). Un planning de gardes et astreintes permet d'assurer la permanence des soins en particulier pour répondre à l'astreinte territoriale d'endoscopie digestive.

Un plan de formation est défini pour les besoins spécifiques au secteur d'activité dont des formations qualifiantes . L'intégration des nouveaux arrivants est organisée, sur le mode du compagnonnage (tutorat pendant 3 semaines, « Livret d'accueil du nouveau salarié au bloc opératoire »).

La gestion documentaire a été actualisée pour être intégrée à la gestion documentaire de l'établissement. Ces modalités d'accès sont connues des professionnels. Les professionnels sont associés à la rédaction et à l'actualisation de ces documents. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues (marche en avant, hygiène, tenue des professionnels, respect du patient, dimension équipe). Elles ont pour objectif la sécurité de la prise en charge du patient et la diffusion de la culture qualité / sécurité auprès des professionnels.

Néanmoins, Les pratiques professionnelles issues des documents de référence validés par l'établissement ne sont pas systématiquement appliquées pour la visite pré anesthésique. La VPA est réalisée mais n'est pas tracée dans le dossier. Il a été constaté lors du parcours ambulatoire la non traçabilité de la visite pré-anesthésique sur 1 dossier de chirurgie et 2 dossiers d'endoscopie. Ce constat avait été fait lors de la campagne de recueil DAN 2016 réalisé par l'établissement. Ce constat s'applique aux 2 activités réalisées dans ce service, chirurgie ambulatoire et endoscopie avec anesthésie. Des rappels sont réalisés par l'établissement auprès de la communauté médicale.

La maintenance préventive est planifiée et la maintenance curative organisée.

Les locaux sont adaptés à l'activité plurielle du bloc opératoire (intégrant l'endoscopie et l'imagerie interventionnelle, dont une salle hybride).

L'organisation des interfaces, permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire est opérationnelle et entre secteurs d'activité (SSPI et secteurs de soins). La fiche de liaison Service/Bloc, encore au format papier, comporte les renseignements utiles non accessibles dans le DPI.

Le bio nettoyage des endoscopes est assuré dans une salle unique, toutes activités confondues, pour les actes réalisés au bloc opératoire ou en consultation d'urologie. La réanimation utilise des endoscopes à usage unique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (fiches de liaison au format papier, prescription informatisée, DPI unique).

La check-list « Sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre pour toute intervention d'endoscopie. La traçabilité est organisée et opérationnelle. Elle inclue les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles).

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications effectuées (identitovigilance, traçabilité des ouvertures de salle) est effective. Les modalités d'ouverture des salles sont formalisées et tracées. Les modalités opérationnelles pour le nettoyage et le stockage des endoscopes souples sont connues des professionnels et appliquées.

La formation des professionnels en charge du nettoyage des endoscopes a été réalisée soit par compagnonnage soit par une formation spécifique.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés, avec implication des professionnels et organisation d'un retour d'expérience. Néanmoins peu d'EI sont déclarés en endoscopie (7 en 2017).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus « endoscopie » et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés, principalement d'indicateurs quantitatifs (activité,

efficience, tableaux de bord, bilan d'activité) que qualitatifs. Le secteur d'activité participe aux actions d'évaluation et de suivi communes au bloc opératoire.

Parmi les indicateurs d'activité quantitatifs sont suivis le taux d'occupation des salles d'endoscopie, le nombre de prélèvements, le nombre de patients pris en urgence, le nombre de patients sous anesthésie générale.....

Parmi les indicateurs qualitatifs sont réalisés des audits périodiques (cahier d'ouverture de salles, check list d'endoscopie, quicks audits en unité de chirurgie ambulatoire, bio nettoyage).

2 RMM ont été réalisées en 2017 pour les endoscopies digestives, il n'a pas été fait état de RMM pour l'urologie. Le recueil et l'analyse des événements indésirables est organisé avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience. Un ACRES a été réalisée en endoscopie digestive au cours du 2^o semestre 2017.

Le développement de l'EPP est initié mais aucune EPP n'a été inscrite au compte qualité pour le processus "Endoscopie". La stratégie de développement de l'EPP en endoscopie n'est pas formalisée, ni généralisée à l'ensemble des pratiques d'endoscopie au sein de l'établissement. L'établissement a fait le choix de tracer le risque de transmission d'ATNC dans la check-list "Sécurité du patient en endoscopie digestive", alors que le patient est déjà en salle d'intervention. Mais, cette modalité de traçabilité n'a pas été évaluée.

De plus, Il n'a pas été retrouvé dans les dossiers consultés lors du parcours "endoscopie" de traçabilité de ce dépistage lors de la consultation préopératoire. Cette modalité de traçabilité (absence de feuille d'évaluation spécifique en amont mais une case à cocher dans la check-list en phase préopératoire) a déjà notée dans le rapport de certification V2010.

Une analyse de parangonnage a été réalisée avec les établissements du groupe sur les délais de prise en charge d'un cancer entre le diagnostic par endoscopie digestive, l'examen anatomopathologie, l'exérèse chirurgicale et la RCP réalisée en post opératoire.

Un questionnaire spécifique à la chirurgie ambulatoire (incluant l'endoscope avec anesthésie) permet de suivre le degré de satisfaction des patients.

A / AGIR

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

Les risques identifiés et priorisés pour le processus « endoscopie » ont été intégrés au PAQSS de l'établissement et font l'objet d'un plan d'action défini et suivi.

Le pilote du processus est membre du CODIR et y présente l'état d'avancement des actions conduites.

Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel pour les 4 risques identifiés et priorisés. L'état d'avancement de ces actions est suivi.

La communication des résultats de l'ensemble des actions et des évaluations conduites est réalisée auprès des professionnels.

Les supports et modalités de diffusion sont établis, en particulier lors des réunions de service et en Conseil de bloc.

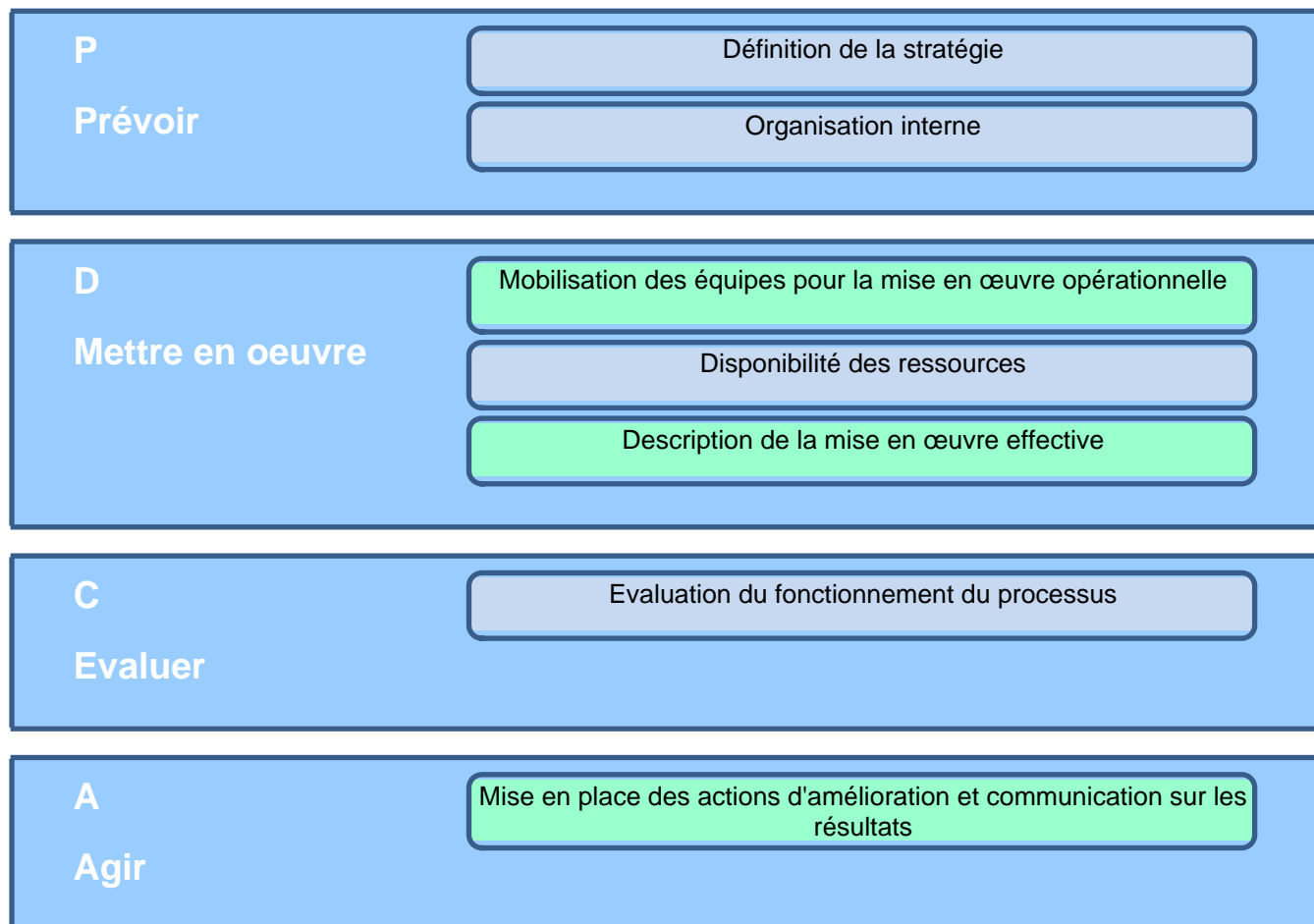
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement de santé dispose, pour son secteur de périnatalité, d'une autorisation de type 2A. Le secteur d'activité comporte 4 salles de naissance, 1 salle Nature, 3 salles de pré travail et une salle de réanimation des nouveau-nés comportant 2 postes. Une salle de bloc opératoire est dédiée aux césariennes. Elle est contigüe au secteur de naissance.

Ce secteur d'activité assure l'accueil des urgences obstétricales selon un circuit défini.

La salle de naissance comporte le dépôt de sang d'urgences de l'établissement.

L'équipe médicale est composée de 11 Gynécologues-obstétriciens, de 8 médecins anesthésistes réanimateurs, de 6 pédiatres et de 10 ETP de sages-femmes. En 2017, L'établissement a réalisé 1 591 naissances, avec un taux de césariennes de 22%, un taux de déclenchement de 28% et un taux d'épisiotomie de 6,3%.

Une politique et des objectifs ont été élaborés pour la salle de naissance, sur la base d'une identification des besoins du territoire de santé (SROS, Réseau ELENA), du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement, de niveau 2A. Cette politique, validée par les instances (CME, CODIR) est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Elle est en lien avec le projet médical et le projet de soins de l'établissement.

Le projet médical du Pôle Saint Etienne (Médicalisation Adaptation Pôle 2015), présenté en mai 2012 précise en effet, dans ses 5 orientations stratégiques, les modalités d'une filière Mère-enfant.

Ce projet a été actualisé (Digitalisation, Optimisation, Innovation, Talent 2016-2020) avec identification d'une Politique « Salle de naissance » (janvier 2018).

Un processus de prise en charge dans le service de Maternité a été réalisé en déclinant les attendus à chaque étape de la prise en charge anténatale en salle de naissance et pour le post partum.

La cartographie des risques a permis d'en identifier 41 dont 3 jugés prioritaires, qui ont été intégrés au compte qualité et au PAQSS de l'établissement, se traduisant par 11 actions à conduire, avec un échéancier. L'établissement a défini pour la salle de naissance ses priorités et identifié des objectifs mesurables, en lien avec l'identification des besoins et l'analyse des risques spécifiques au secteur d'activité. Cette identification et cette hiérarchisation des actions se sont appuyées sur l'exploitation des données issues de l'analyse a priori et a posteriori et permettent d'améliorer la réponse aux besoins (secteur de naissance de niveau 2A), de répondre de façon adaptée au contexte et aux spécificités de l'établissement (en lien avec le réseau régional de périnatalité) et aux objectifs de maîtrise des risques (intégration des risques identifiés et priorisés au PAQSS de l'établissement). Cette analyse des missions et des risques s'est faite dans le cadre d'une stratégie institutionnelle d'élaboration en concertation avec les professionnels de la salle de naissance.

L'identification et l'analyse des missions et des risques ont été réalisées à partir :

- De l'utilisation des données disponibles (positionnement régional, indicateurs du réseau de périnatalité ELENA, IQSS, précédents résultats de certification, analyse des EI)
- De la participation des pilotes en charge du processus
- De la hiérarchisation des risques selon une méthode définie (HAS) et avec l'aide méthodologique du service qualité de l'établissement.

Ces objectifs stratégiques ont été intégrés au programme institutionnel d'action formalisé, priorisé et unique, en reprenant, pour la salle de naissance, les risques priorisés de ce secteur d'activité et leur plan d'actions.

Le compte qualité a vocation à rendre visible les priorités stratégiques de l'établissement concernant la salle de naissance.

Les modalités de diffusion et de communication ont été assurées à l'ensemble des professionnels de l'établissement au sein des instances dont la CME et le CODIR.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter le processus « salle de naissance ». Les rôles et les responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission générique, personnalisée par l'identification de la personne désignée (avril 2016). Les rôles et les responsabilités sont définis en lien avec la « Charte de salle de naissance », actualisée en septembre 2017.

Le pilotage opérationnel de la qualité et de la sécurité est organisé et effectif au niveau de la salle de

naissance. La régulation des activités, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, est organisée pour la partie programmable de l'activité (césariennes programmées, déclenchement du travail, IMG). La coordination est assurée par deux pilotes (soignant avec fonction de chef de pôle, médecin gynécologue-obstétricien).

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge en salle de naissance et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité auprès des professionnels du secteur d'activité. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues, en particulier de procédures partagées avec le réseau de périnatalité.

L'établissement a prévu, les ressources humaines nécessaires (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) au regard des besoins et des risques identifiés.

Il est recherché une adéquation des effectifs en fonction des besoins identifiés (obstétrique, néonatalogie, volume d'activité, gestion de l'urgence, réponse aux attendus d'un niveau 2A). La permanence des soins est formalisée sous forme de tableaux de gardes et astreintes.

Les besoins en formation continue garantissant la maîtrise du processus sont identifiés et les actions de formation planifiées.

L'organisation et la gestion des interfaces, tout particulièrement avec le bloc opératoire pour la salle de césarienne, permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et ses besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Le management des secteurs communique auprès de son équipe, sur la politique de l'établissement en lien avec le processus et recueille leurs avis quant aux risques et besoins spécifiques à leur secteur, particulièrement lors de l'actualisation de la cartographie des risques.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

La déclaration des EI est organisée et suivie. Le secteur de naissance participe en sus des actions internes, aux évaluations du réseau de périnatalité dont des RMM régionales.

Les équipes sont destinataires des résultats des indicateurs internes et des évaluations faites par le réseau régional. Des réunions hebdomadaires permettent une analyse des dossiers de grossesses pathologiques et une revue de suivi des dossiers relevant d'indicateurs identifiés (césarienne en urgence...). Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats et réfléchir aux actions correctives (staffs hebdomadaires).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, responsabilités, missions) permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires).

Un planning de gardes et astreintes permet d'assurer la permanence des soins pour une maternité de niveau 2A (obstétricien, sages-femmes, anesthésiste dédié, pédiatre).

Un plan de formation est défini pour des besoins spécifiques au secteur d'activité (exemples pour 2017 et 2018 : interprétation du RCF, réanimation en SDN, réanimation du nouveau-né, violence faite aux femmes). L'intégration des nouveaux arrivants est organisée, en particulier pour les sages-femmes, sur le mode du compagnonnage (affectation en secteur d'hospitalisation puis en salle de naissance) sans formalisation des modalités ni d'évaluations des acquis.

La gestion documentaire a été révisée et mise au format de la GED. Ses modalités d'accès sont connues des professionnels. Les professionnels sont associés à la rédaction et à l'actualisation de ces documents. La mise au format GED des documents du réseau régional sont en cours de finalisation, ils sont néanmoins disponibles au format « papier ».

Les locaux sont adaptés à l'activité d'une maternité de niveau 2A.
 Le bloc opératoire dispose d'une salle dédiée pour les césariennes, à proximité immédiate de la salle de naissance. Il a été fait le choix d'utiliser la salle de réanimation des nouveau-nés de la salle de naissance du fait de la proximité de celle-ci avec le bloc opératoire. Les modalités de PEC d'une césarienne selon le degré d'urgence sont définies (procédure mise en jour en décembre 2017), connues des professionnels, et évaluées (staffs hebdomadaires).

La maintenance préventive et curative est organisée et planifiée en salle de naissance.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (salle de naissance, bloc opératoire, néonatalogie).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

Les interfaces sont opérationnelles entre le secteur de naissance, le bloc opératoire et le service de néonatalogie, en particulier pour les césariennes réalisées en urgence. Une mallette « HPP » permet une intervention en urgence en salle de naissance.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, tout particulièrement entre la salle de naissance et le secteur de néonatalogie. La traçabilité est organisée et opérationnelle. Elle inclue les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles).

La traçabilité de la surveillance de la grossesse utilise le dossier AUDIPOG au format « papier » pour assurer la continuité de la PEC lorsque celle-ci est partagée avec les professionnels libéraux. Les professionnels exerçant dans l'établissement utilisent le DPI de l'établissement dès les consultations prénatales où la traçabilité est assurée intégralement, pour la surveillance de l'accouchement (dont le partogramme) et celui du nouveau-né.

Les professionnels habilités à la création des identités en salle de naissance ont été formés et en connaissent les modalités (Création d'une Identité du nouveau-né, accouchement sous le secret, admission d'un patient sous anonymat).

Les staffs hebdomadaires sont l'occasion d'une revue de dossiers de la semaine écoulée.

L'organisation de la sortie est organisée, en lien avec le projet PRADO (81% d'adhésion en 2017), selon des modalités évaluées (EPP Optimisation de la sortie en maternité).
 Un dépistage du risque médicosocial peut être réalisé en amont de l'accouchement sous forme d'un questionnaire (GOMAP, Guide d'observation en maternité pour une aide à la parentalité).

Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés, avec implication des professionnels et organisation d'un retour d'expérience.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus « salle de naissance » et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés, indicateurs quantitatifs (activité, efficacité) et qualitatifs (événements indésirables, RMM), tableaux de bord, bilan d'activité. Ce dispositif d'évaluation et de suivi est structuré.

Les actions identifiées et priorisées pour le processus « salle de naissance » ont été intégrées au PAQSS de l'établissement et font l'objet d'un plan d'action défini et suivi (pour exemple le suivi de l'indicateur IPAQSS et des mesures d'impact sur les recueils successifs et le respect du timing pour les césariennes en urgence).

7 EPP ont été inscrites au compte qualité de l'établissement (dont les RMM), dont 3 ont fait l'objet d'actions ciblées en 2017.

L'établissement participe aux démarches d'évaluations du réseau de périnatalité (RMM régionales, EPP régionale sur l'indication des césariennes).

Ainsi en 2017, 2 RMM ont été réalisées sur le site et 6 RMM au sein du réseau ELENA.
 D'autres actions d'évaluation sont conduites (1 ACRES en 2017, 2 patients traceurs en 2017 et 2018, analyse des FEI).

Des quicks audits sont réalisés mensuellement sur une série d'indicateurs de suivi (évaluation de la

douleur, gestion du traitement personnel, etc.).

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel pour les 3 risques identifiés et priorisés. L'état d'avancement de ces actions est suivi.

La communication des résultats de l'ensemble des actions et des évaluations conduites est réalisée auprès des professionnels.

Les supports et modalités de diffusion sont établis, en particulier lors des staffs hebdomadaires.

Les résultats des indicateurs IPAQSS pour l'HPP sont suivis et partagés avec les professionnels de la salle de naissance avec un rappel des objectifs attendus.