



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
POLYCLINIQUE DE  
KERAUDREN ET CLINIQUE DU  
GRAND LARGE**

Rue Ernestine de Tremaudan

Bp 62043

29220 BREST

NOVEMBRE 2018

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	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
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	35
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	55
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	60

# 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"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
Référentiel applicable	Exigences du manuel de certification, incluant la réglementation et les éléments issus du processus décisionnel de la HAS.

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	
Adresse	Rue ernestine de tremaudan 29220 BREST
Département / région	FINISTERE / BRETAGNE
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	290022508	POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	Rue ernestine de tremaudan Bp 62043 29220 BREST
Etablissement de santé	290004142	CLINIQUE DU GRAND LARGE	37 rue saint vincent de paul Bp 42041 29220 BREST
Etablissement de santé	290019777	POLYCLINIQUE DE KERAUDREN	Rue ernestine de tremaudan Bp 62043 29220 BREST

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	174	34
MCO	Gyneco-Obstétrique	45	/
MCO	Médecine	28	/

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	GRACE : Chirurgies orthopédique, bariatrique, coloréctale en 2016 (Polyclinique de Keraudren).
---	--

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention de coopération avec l'Hôpital Local de Lesneven</li> <li>- Convention de coopération avec le crématorium de Brest</li> <li>- Convention de coopération avec Maison de convalescence Notre Dame – Lannilis</li> <li>- Convention de coopération avec la Clinique KER LENA – Roscoff</li> </ul>

- Convention de coopération avec le CHRU de Brest
- Convention de coopération avec la résidence de Kerampir – Bohars
- Convention de coopération avec le réseau De Périnatalité De Bretagne Occidentale - RPBO
- Convention de coopération avec la SITA Ouest
- Convention de coopération avec l' E.F.S. la société Tutogen Médical
- Convention de coopération avec TBF génie tissulaire et la Polyclinique de Keraudren
- Convention de coopération avec l'association Maison saint Joseph – Bourg Blanc
- Convention de coopération avec le CMC de la baie de Morlaix
- Convention de coopération avec la SEARL ACP anathomocypathologie le réseau des tumorothèques du Grand Ouest
- Convention de coopération avec le SSR de l'Elorn – Landerneau
- Convention de coopération avec la Clinique de Pen An Dalar – Guipavas
- Convention de coopération avec la CPAM
- Convention de coopération avec le Réseau Bretagne Urgences
- Convention de coopération avec la société Biotronik
- Convention de coopération avec la CAF Pro
- Convention de coopération avec la fondation centre Hélios Marin Ildys
- Convention de coopération avec le CHP St Grégoire
- Convention de coopération avec UFOLEP
- Convention de coopération avec Mutualité Française
- Convention de coopération avec le SCN Angio Num Brest
- Convention de coopération avec le SSR Elorn
- Convention de coopération avec BIOPROTEC
- Convention de coopération avec AUB Santé
- Convention de coopération avec les Taxi Brestoises
- Convention de coopération avec le Réseau de Cancéro du Ponant
- Convention de coopération avec l'HIA Brest
- Convention de coopération avec le réseau de soins palliatifs « respecte »
- Convention de coopération avec l'association Saint-Joseph à Bourg Blanc
- Convention de coopération avec l'évêché de Quimper et Leon
- Convention de coopération avec la résidence Kerampir
- Convention de coopération avec l'ASP Iroise
- Convention de coopération avec l'association ADOT29
- Convention de coopération avec le GSC E-Santé
- Convention de coopération avec la mutualité Enfance Famille
- Convention de coopération avec Pastorale santé
- Convention de coopération avec Odyssea
- Convention de coopération avec CARSAT

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Médecine ambulatoire sur la polyclinique de Keraudren en Décembre 2016



# 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	Personne âgée	Médecine USIC (Site de Kéraudren)	A définir	Urgence	/	MCO
2	Enfant	Chirurgie ambulatoire (Site du Grand Large)	aérateur trans tympanique	Urgence	/	MCO
3	Adulte	Chirurgie en orthopédie (Site de Grand large)	Col du fémur	Programmé	/	MCO
4	Femme	Chirurgie	Colpo	Programmé	/	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
		gynécologique (Site du Grand Large)	Hysterectomie			
5	Femme	Maternité	Césarienne	Urgence	/	MCO
6	Adulte	Médecine ambulatoire (Site de Kéraudren)	endoscopie colique	Programmé	/	MCO

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

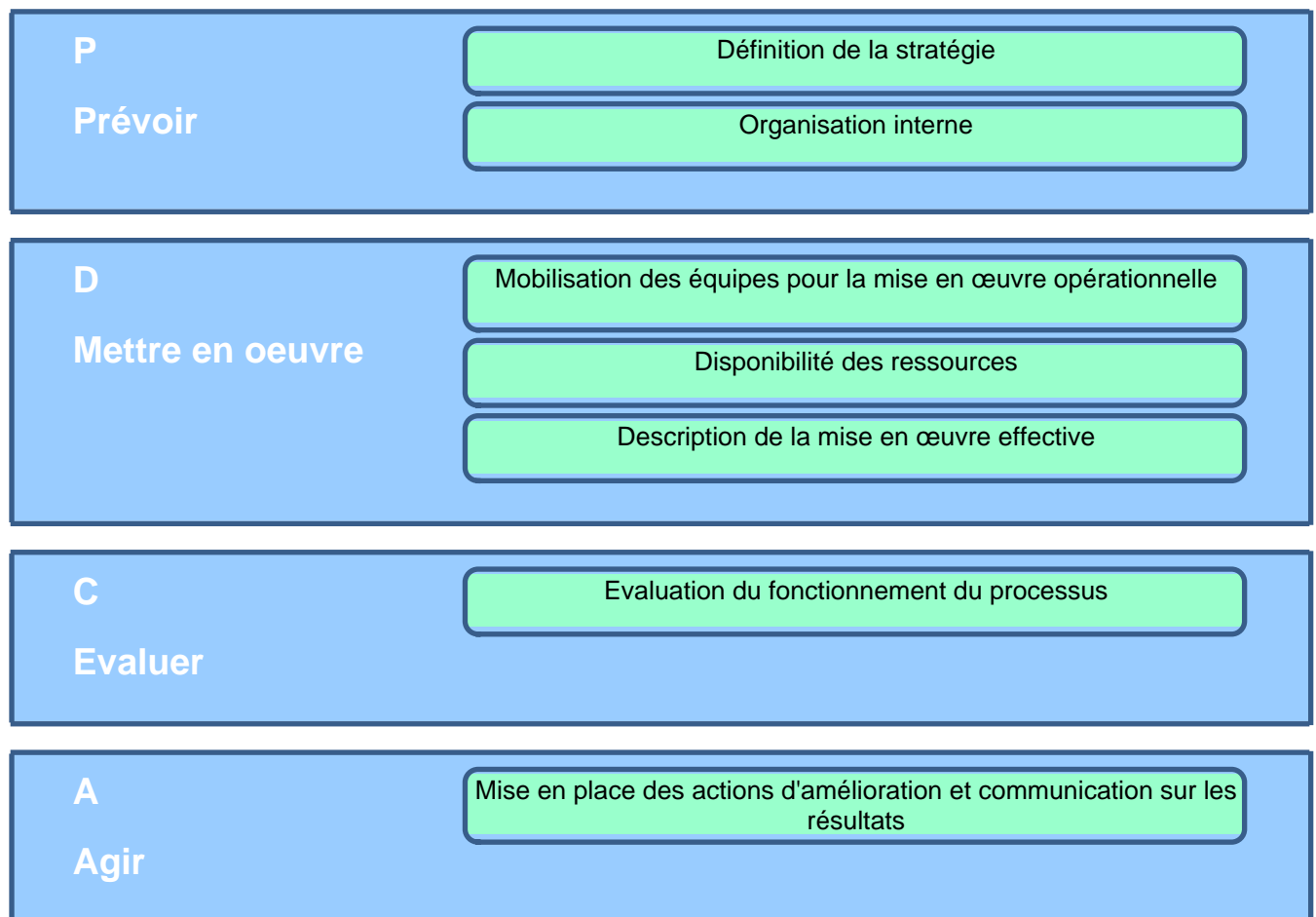
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique qualité du CHPB est définie dans le manuel qualité « qualité et sécurité des soins » intégrant la politique EPP, les obligations légales et réglementaires et la gestion de crise.

Les axes prioritaires retenus sont :

- Actualiser la démarche qualité
- Développer, formaliser et diffuser les évaluations
- Former les professionnels de santé sur la démarche qualité
- Améliorer la coordination des actions d'amélioration engagées dans le CHPB
- Actualiser le plan blanc
- La surveillance et la prévention du risque infectieux en interface avec le processus « risques infectieux »
- La qualité de vie au travail en interface avec le processus du même nom
- Le développement des revues de pertinence de soins
- Le développement du travail en équipe.

Néanmoins, l'établissement n'a pas défini une stratégie EPP dans sa globalité. En effet, le comité EPP a été récemment mis en place (novembre 2017). Son fonctionnement n'est pas défini. La concertation entre professionnels de santé et gestionnaires n'est pas retournée, ni la définition des objectifs recherchés portant sur l'ensemble des processus et déclinés en plan d'action associés aux moyens nécessaires à la mise en œuvre. La direction du CHPB est consciente de cette nécessité et a nommé en décembre 2017 un président du comité EPP (chirurgien orthopédique), dont les missions sont retrouvées dans le manuel qualité « qualité et sécurité des soins » et intégré au COPIL qualité.

Le CHPB a rédigé un manuel qualité pour chaque processus définissant la politique et l'organisation spécifique au processus.

Il est mentionné au point 3 "qualité et sécurité des soins" des annexes, des orientations stratégiques du CPOM de 2012-2017 du CHPB, un axe sur l'amélioration de la qualité et sécurité des soins.

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) existe et répond aux attendus de la HAS.

Pour chaque thématique, des cartographies de risques ont été réalisées par les pilotes et les copilotes de processus à partir des événements indésirables, des indicateurs, EPP, RMM, CREX avec une aide méthodologique du service qualité.

Les risques ont été hiérarchisés selon la grille HAS.

Les risques du CQ ont été validés en COPIL qualité et par les directions des 2 groupes actionnaires du CHPB.

L'articulation entre le compte qualité et le plan d'action d'amélioration est effective, en effet toutes les actions du compte qualité sont retrouvées dans le PAQSS.

**ORGANISATION INTERNE**

Le CHPB a établi une organisation pour piloter les processus. Les pilotes des thématiques sont identifiés et ont été désignés selon leurs fonctions. Leurs missions sont formalisées à l'aide d'une fiche et ils ont été formés à l'approche processus et la V2014.

La coordination des différentes composantes du système qualité gestion des risques est décrite dans un document "démarche et organisation du management par la qualité".

Le service qualité est composé de :

- 2 responsables qualité repartis sur chaque site (1 ETP sur Keraudren, 0.5 ETP sur Grand Large)
- 2 Coordonnateurs de la gestion des risques sur chaque site (0.2ETP pour chaque site)
- 1 secrétaire qualité

Un COPIL Qualité se réunit trimestriellement et possède un règlement intérieur. Le COPIL Qualité est le comité où sont coordonnés les EPP, les vigilances et la gestion de crise. Des revues de processus sont régulièrement organisées lors du Comité qualité.

Les rôles et responsabilité des différents acteurs sont formalisés dans le manuel qualité « qualité et sécurité des soins ».

Des vigilants sont identifiés sur les 2 sites et participent au COPIL qualité.

La gestion documentaire est organisée : un logiciel spécifique est installé, les procédures relatives à la

qualité et la gestion des risques sont formalisées (procédure élaboration et gestion des documents qualité, guide méthodologique à l'analyse des risques, gestion des événements indésirables, contrôle pré transfusionnel par IDE , etc). Cependant, le système de mise à jour de la gestion documentaire n'est pas totalement opérationnel. En effet, des protocoles et des procédures n'ont pas été réactualisés depuis 2004, contrairement à ce qui est prévu dans la procédure « élaboration et gestion des documents qualité » (révision tous les 5 ans). Le CHPB doit revoir l'ensemble des documents qualités lors de la mise en place du nouveau logiciel de gestion documentaire qui sera réalisée prochainement. De plus, certains documents ne sont pas identifiés (titre, date, etc.).

Le plan blanc est formalisé.

Une démarche d'évaluation des risques à priori existe.

Le plan de formation de l'établissement comporte des thèmes tels que coordonnateur de gestion des risques associés des soins, patient traceur, etc.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La sensibilisation sur la démarche qualité-gestion des risques est effectuée par le service qualité et les cadres des services.

Les responsables qualité et les coordonnateurs de gestion des risques liés aux soins interviennent lors de réunions de service, ce qui permet un réel échange sur les événements indésirables (EI) rencontrés sur le CPHB.

Les cadres sont prévenus par mail lors de la réactualisation ou création des documents qualités et assurent leur diffusion de façon ponctuelle soit lors de l'arrivée de nouveaux personnels, soit lors de nouveaux documents.

L'incitation au signalement des EI est réalisé via les formations « les lundis de l'information » et le journal interne « l'écho des cliniques ». Une charte de non punition en cas de signalements indésirables existe.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines affectées à la coordination qualité gestion des risques sont adaptées au dimensionnement du CHPB.

Un classeur d'accueil du nouvel arrivant spécifique à chaque site est remis au personnel paramédical et médical lors de son arrivée. Une journée d'intégration est organisée spécifiquement pour les médecins.

Les professionnels sont formés à la déclaration des événements indésirables et à la gestion documentaire, ainsi qu'à la sécurité transfusionnelle.

Les ordinateurs sont en nombre suffisant et le logiciel de gestion documentaire est accessible sur tous les postes.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une réunion qualité est effectuée par le service qualité avec le directeur des opérations chaque semaine. Les responsables qualité de chaque site participent aux CODIR mensuels du CHPB. Un responsable qualité est présent dans chaque instance.

Des déjeuners qualité mensuels sont organisés avec les chirurgiens pour faire un point sur la démarche qualité par spécialité (indicateur, EI, certification, etc.) avec le directeur des opérations, les responsables qualité et les coordonnateurs de la gestion des risques associées aux soins.

L'organisation des démarches qualité et gestion des risques de l'établissement est connue des professionnels.

Les protocoles et procédures de prise en charge des patients concernant la qualité et la gestion des risques (notamment pour la sécurité transfusionnelle) sont connues et mis en œuvre.

Les vigilances règlementaires sont en place. Les alertes ascendantes et descendantes sont opérationnelles. Les coordonnées des vigilants sont accessibles sur la G.E.D.

Le plan blanc a fait l'objet d'un exercice en octobre 2017.

La déclaration des événements indésirables (EI) est informatisée, le logiciel est connu et utilisé par les professionnels. Les EI sont étudiés en point hebdomadaire avec le directeur des opérations sur chacun des sites en présence du responsable qualité et du coordonnateur de gestion des risques associés aux

soins. Il est alors déterminé quels EI feront l'objet de RMM, CREX ou d'une simple réponse. Le personnel peut consulter le suivi des EI via le logiciel de gestion documentaire.

Un bilan annuel des EI est réalisé et présenté en COPIL Qualité et en CDU. Un bilan des vigilances est réalisé et présenté en COPIL Qualité.

Le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels et accessible sur intranet dans les postes de soins des différents secteurs d'activité.

La gestion des plaintes et des réclamations est organisée et formalisée. Elles sont recueillies et enregistrées par la secrétaire de direction et traitées par les responsable qualité de site concernés.

Les interfaces entre les différentes instances qualité /risque sont opérationnelles, elles le sont également entre les comités et les secteurs de soins.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'établissement assure périodiquement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre à partir des indicateurs nationaux, régionaux, départementaux, des enquêtes nationales et d'audit interne.

Des EPP sont déployées dans la plupart des secteurs.

Des patients traceurs sont réalisés.

Des RMM sont organisées.

La satisfaction des usagers est évaluée via le questionnaire de sortie en hospitalisation complète et en ambulatoire.

Des enquêtes ponctuelles sur la restauration sont réalisées 2 fois par an.

L'enquête e-satis est en mise en place.

La CDU établit annuellement un bilan d'activité qui est transmis à l'Agence Régionale de Santé.

## **A / AGIR**

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

Le PAQSS est réactualisé annuellement en COPIL qualité avec tous les pilotes de processus.

Les cartographies des risques des processus sont actualisées lors des revues de processus. Les risques prioritaires sont communiqués par poster dans les postes des soins.

La diffusion de l'information auprès des professionnels sur le suivi des indicateurs, des évaluations des enquêtes de satisfaction est réalisé par plusieurs canaux :

- la journal interne "Echo des cliniques"
- Formations courtes des "lundi de l'information"
- Intervention des responsables qualité et coordonnateur des risques liés aux soins en réunions des services
- Réunions d'encadrement.

Les indicateurs IQSS sont affichés à l'accueil des 2 sites.

Les résultats des EPP sont communiquées par note d'information par service et aux instances.

La CDU est informée du bilan annuel des plaintes et réclamations, des EI et des questionnaires de satisfaction.





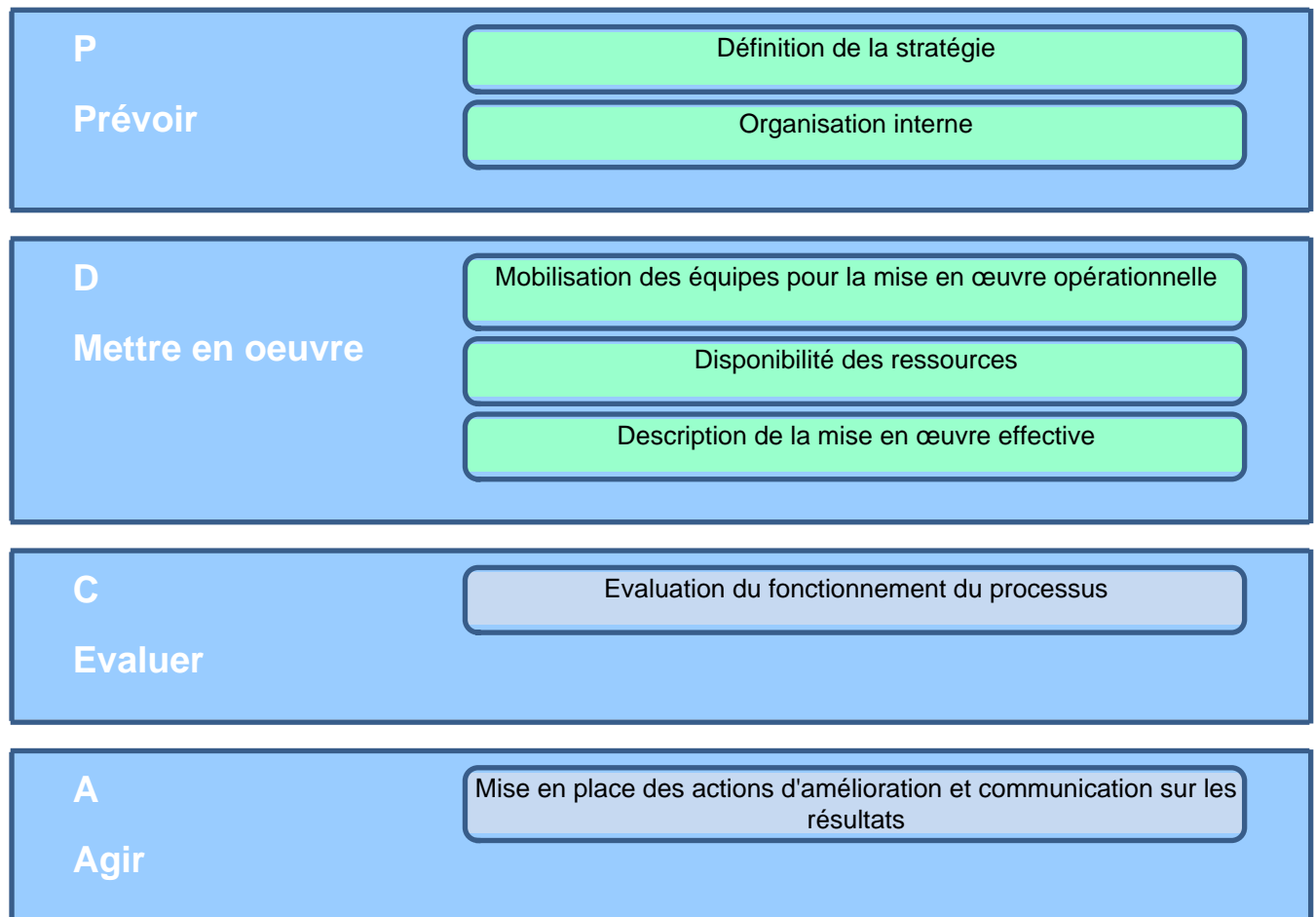
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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

La politique du risque infectieux du CHPB est inscrite dans le projet d'établissement 2013-2018 avec un axe principal "assurer la gestion du risque infectieux au quotidien pour les patient et le personnel tout en promouvant le bon usage des antibiotiques", ainsi que dans un manuel qualité « risque infectieux » rédigé en mars 2018 par l'EOH et le président du CLIN et validé par le CLIN. Cette politique est déclinée en actions dans le programme du CLIN, validé en CLIN et en comité anti infectieux (CAI).

Les risques ont été identifiés par un groupe de travail " risque infectieux " incluant des référents hygiène des services, à partir des IQSS, EI, audits. Les risques sont hiérarchisés selon la grille de criticité HAS. Une aide méthodologique a été apportée par un responsable qualité.

5 risques prioritaires ont été retenus pour le compte qualité.

#### ORGANISATION INTERNE

Ce processus est piloté par l'infirmière hygiéniste et le président du CLIN (chirurgien orthopédiste). Ils possèdent une fiche de mission et ont été formés à l'approche processus et à V2014. Le CHPB a mis en place une organisation pour maîtriser le risque infectieux : il existe un CLIN commun aux 2 établissements et une EOH.

Le CLIN a un règlement intérieur formalisé, il se réunit 3 fois par an. Le président du CLIN est par ailleurs membre de la CME. Des mini CLIN peuvent être organisés en cas de problèmes particuliers.

L'EOH est composée :

- d'un pharmacien hygiéniste
- de 2 IDE hygiénistes à 0.5 ETP
- du président du CLIN, chirurgien orthopédiste.

Des référents paramédicaux en hygiène sont présents dans plusieurs services. Les informations leur sont communiquées par mail et par le logiciel du système d'information.

Pour assurer l'hygiène des locaux (bio-nettoyage), l'entretien du linge et la restauration, un prestataire a été désigné. Il assure en lien avec le CLIN et l'EOH, l'application des bonnes pratiques d'hygiène hospitalière. La responsable des 2 sites est membre du CLIN.

L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques est mise en place. Un comité anti infectieux est en place. Un référent ATB est identifié sur les sites de Keraudren et Grand Large et un infectiologue sur la clinique Pasteur, membre du CLIN et du CAI, est en relation permanente avec les 2 référents ATB.

Il existe un dispositif de gestion documentaire intégrant des procédures et protocoles de surveillance et du risque infectieux sur l'intranet (protocoles AES, guide des antibiotiques, etc.). Ces protocoles sont réactualisés en fonction des recommandations.

Les ressources matérielles nécessaires sont identifiées et font l'objet d'une maintenance et d'un dispositif d'entretien.

Les différents circuits et interfaces entre les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs sont définis. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés. Une connexion informatisée existe avec le laboratoire situé sur le site de Keraudren.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le CLIN et l'EOH sont chargés du déploiement du programme d'actions dans les différents secteurs et de l'information sur les risques identifiés.

Les professionnels sont sensibilisés sur le risque infectieux lors des transmissions et/ou de réunions d'équipe dans les secteurs d'activités par les cadres de santé.

En cas de dysfonctionnements, d'écart dans les pratiques et de besoins précis, les IDE hygiénistes apportent un sous soutien méthodologique et des actions d'amélioration sont mises en place.

L'EOH et les cadres de santé s'assurent de la conformité des pratiques par le biais d'audits internes (port de bijoux, pose des cathéters périphériques, connaissances des procédures en bio-nettoyage, etc.).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels de l'EOH bénéficient de formations adaptées à leur domaine. Ils organisent des formations périodiques des professionnels à l'hygiène.

Le pharmacien et une infirmière hygiéniste possèdent un DU en hygiène hospitalière, la 2ème IDE suit actuellement un DU en hygiène hospitalière et était référente hygiène auparavant. Les IDE hygiénistes participent au congrès de SF2H , aux formations dispensées par la CPIAS.

Les professionnels bénéficient d'actions de formation, de sensibilisation régulièrement (dans les services, via les lundis de l'information et le journal interne " l'echo des cliniques" par les infirmiers hygiénistes ( précautions standards et complémentaires, préparation cutanée, hémoculture ...). Le directeur de bloc, les 2 responsables de bloc ainsi que 18% des Infirmières de bloc possèdent un DU d'hygiène hospitalière. Une formation ATB a été réalisée auprès des médecins en maternité pour la prise en charge des nouveaux nés à risque d'infection néonatale.

Les professionnels ont à leur disposition via le logiciel de gestion documentaire , l'ensemble des protocoles nécessaires à la prévention du risque infectieux adaptés et réactualisés au champ d'activité de l'établissement.

L'hygiène des locaux est assurée par un prestataire, un responsable encadre les 2 sites et elle est aidé par 2 gouvernante présentes sur chaque site et 1 gouvernante de nuit pour les 2 sites qui encadre le personnel de nuit assurant l'entretien des blocs opératoire, des urgences, de la stérilisation et des communs. Les gouvernantes dispensent les formations aux nouveaux arrivants.

Une procédure de signalement des infections nosocomiales est formalisée. Les signalements réglementaires sont réalisés sur e-sin.

Le tri des déchets est effectif et les protocoles sont formalisés.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités connaissent l'organisation définie pour la maîtrise du risque infectieux. Les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures formalisés sur le processus du risque infectieux. Les bonnes pratiques sur l'hygiène des locaux, ainsi que les précautions en cas de patients infectés, sont appliquées.

Il existe des procédures d'information du patient en cas d'infection liée aux soins, en cas de mesure d'isolement et en cas de portage de BMR.

L'hygiène des locaux est assurée par un prestataire. La traçabilité du bio-nettoyage est effective.

La prescription de l'antibiotique est informatisée sauf en maternité. La traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure est effective. Un blocage informatique au niveau du DPI impose celle-ci. Il existe un livret thérapeutique disponible via la gestion documentaire et le DPI.

En cas de dépistage d'une BMR, le laboratoire prévient par mail l'IDE hygiéniste, le pharmacien hygiéniste, le cadre du service, le médecin prescripteur. Les IDE des services de soins et les médecins peuvent visualiser les résultats via la connexion informatique établie avec le laboratoire. En cas de BMR, le médecin en informe le patient et un dépliant " vous êtes porteur d'une BMR " lui est remis.

Les précautions complémentaires à prendre sont mises en place en fonction du type de transmission, un chariot est positionné à l'entrée de la chambre avec le matériel nécessaire à disposition. Certains services possèdent une chambre avec un SAS d'entrée, qui est utilisée en cas d'isolement (en cardiologie sur Keraudren, en chirurgie sur Grand Large).

Des analyses d'eau et des prélèvements d'environnement et de surface sont réalisés selon un programme annuel défini et plus si problèmes rencontrés. Un tableau de suivi des résultats des analyses et des actions correctives mise en place au regard des résultats obtenus est réalisé pour les analyses d'eau et les prélèvements d'environnement et de surface.

Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques. La vaccination contre la grippe est organisée.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation périodique du dispositif du risque infectieux et du bon usage des antibiotiques est réalisé à l'aide des indicateurs nationaux, d'audit et enquêtes régionaux (les précautions standards, pose d'un cathéter veineux périphérique, etc.), d'audits internes (port de bijoux, tenue professionnelle, hygiène des mains, etc.), d'EPP (amélioration des voies centrales et périphériques, antibioprophylaxie), de surveillance épidémiologique (BMR, SAMR, etc.) et de CREX (streptocoque A, gale, ISO en salle de césarienne).

La consommation des antibiotiques est suivi via Consores

Les résultats sont présentés dans le rapport d'activité du CLIN et sont accessibles sur la gestion documentaire.

L'organisation mise en place pour l'entretien des locaux réalisée par le prestataire est auditée 2 fois par an par un prestataire indépendant. Des propositions hiérarchisées d'amélioration sont transmises à la gouvernante hôtelière et aux IDE hygiéniste. La mise en place de ces actions est suivie et tracée.

## A / AGIR

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

Le résultat des évaluations menées et des actions d'amélioration sont reprises dans le bilan annuel d'activité du CLIN et communiquées aux instances concernées. Ce rapport est à disposition des professionnels dans la gestion documentaire, et transmis aux usagers lors de la présentation du bilan à la CDU. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés aux accueils des sites de Keraudren et Grand large et publiés sur le site internet .

10 actions d'amélioration ont été identifiées dans le compte qualité, 7 ont été réalisées.

Le nouveau programme prend en compte le résultats des principaux indicateurs suivis, le résultats des EPP et des audits menés, et s'il y a lieu l'évolution réglementaire en la matière. Ce nouveau programme se traduit par la reconduction d'actions ou la mise en œuvre d'actions complémentaires. A titre d'exemple, à partir de l'audit port des bijoux et hygiène des mains mais également suite à l'indicateur ICSHA, le CHPB a signé une charte d'engagement avec l'ARS Bretagne pour mener la campagne "Cap Breizh mains" pour une durée de 3 ans.

Les résultats des audits sont communiqués aux professionnels par le journal interne "écho des cliniques". La communication est également réalisée en CME, en CHSCT, en réunion d'encadrement. Le relais de l'information est réalisé par les cadres lors des transmissions et/ou via un affichage dans les services. Les représentants des usagers sont systématiquement invités aux réunions du CLIN.

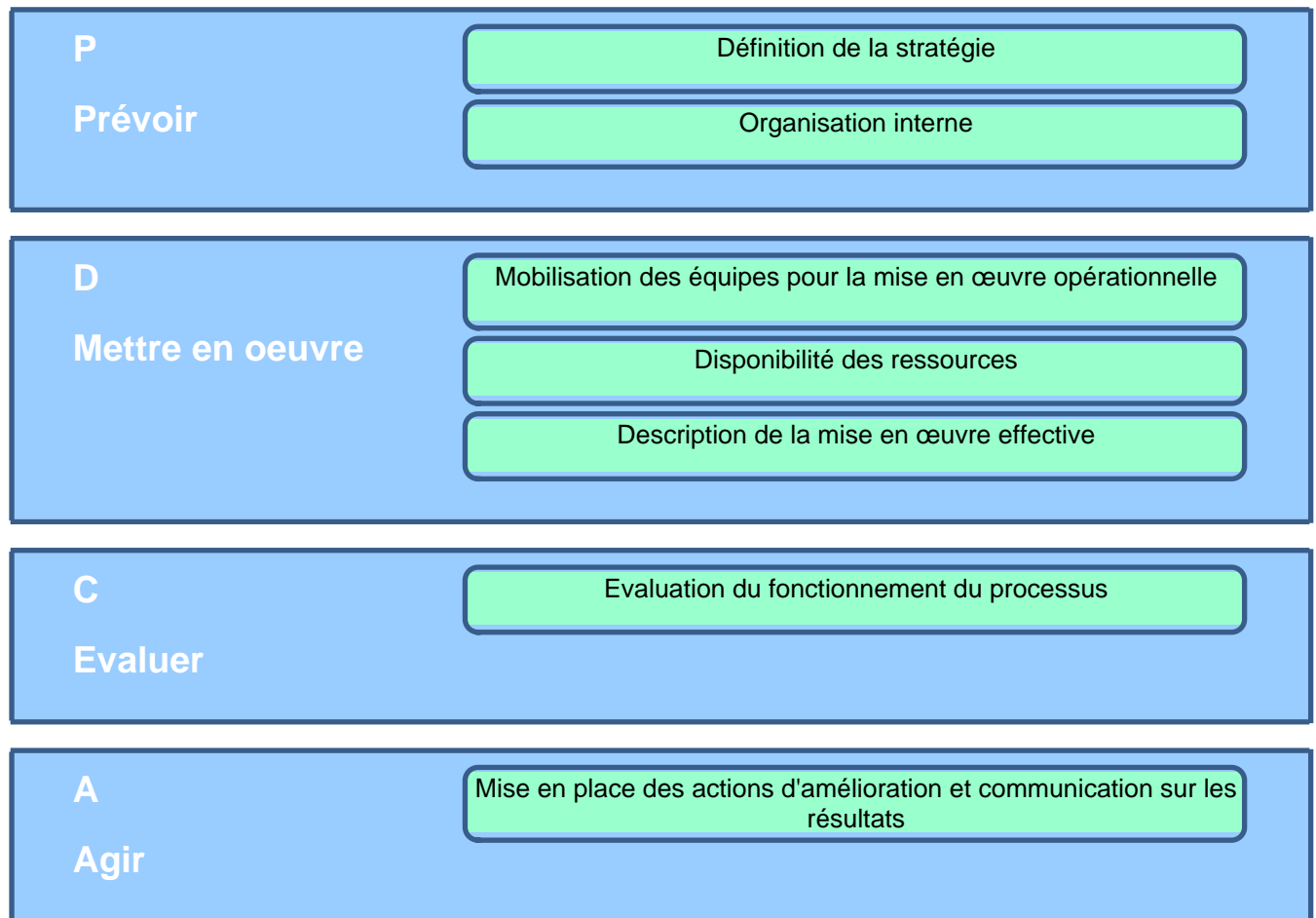
# DROITS DES PATIENTS

## 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**

Le CHPB a formalisé un « manuel qualité - droits des patients et bientraitance » élaboré sur la base un état des lieux permettant d'identifier les situations à risque et inhérents à ses activités. Ce manuel intègre la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, le respect de la dignité et de l'intimité du patient, le respect de la confidentialité des informations, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, le respect des libertés individuelles et la gestion des mesures de restriction de liberté, le consentement et la participation du patient, l'hospitalisation sans consentement, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins et les droits des patients en fin de vie.

Les risques sont hiérarchisés selon la même méthodologie qu'utilise l'établissement pour l'ensemble de ses processus. La politique comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de ce processus est assuré directement par la CDU en relation avec la cellule qualité qui apporte un appui méthodologique. Deux pilotes ont été nommés (la responsable du service de chirurgie digestive et le responsable des relations avec les usagers). Les rôles et missions des participants sont définis et connus des professionnels.

L'établissement s'assure des moyens humains (compétence et formation), matériels et documentaires nécessaires. Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés et des modalités d'intégration des nouveaux arrivants sont organisées. Des actions de sensibilisation et/ou de formation sont prévues, notamment sur le thème de la promotion de la bientraitance et de la prévention de la maltraitance.

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. Les modalités d'information du patient sur ses droits et l'existence de la CDU ont également été prévues. Des modalités de communication des différents éléments d'information à destination des professionnels (CR de réunions, protocoles, procédures) ont été organisées via une gestion électronique documentaire (GED). Les locaux, les équipements et la signalisation ont été prévus en fonction des besoins et attentes des usagers.

**D / METTRE EN ŒUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le management de chaque secteur organise la mise en place de la démarche institutionnelle en fonction des spécificités de son activité, notamment en ce qui concerne la prise en charge, l'organisation et la mise en œuvre des pratiques permettant le respect des libertés individuelles, le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin.

Les responsables de secteurs s'assurent de la conformité des pratiques aux procédures, protocoles et consignes existantes. Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels du secteur qui reçoivent en retour communication des résultats.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (psychologue, assistante sociale, etc.) sont disponibles.

Les professionnels et les patients disposent de locaux adaptés (chambres particulières, rideaux en chambre double, salon d'accueil, fenêtres sécurisées, etc.) ainsi que de moyens matériels (GED accessible, site internet, etc.) et documentaires (livret d'accueil, charte du patient, formulaires et/ou procédures d'information et de désignation de la personne de confiance, d'annonce de dommage lié aux soins, de refus de soins, de restriction des libertés individuelles, de gestion des plaintes et réclamations, charte des droits du patient, charte de la bientraitance, divers documents d'information concernant l'identité du patient, la désignation de la personne de confiance, les droits et devoirs des patients, la loi Leonetti, etc.).

Les personnels sont sensibilisés et/ou formés à la bientraitance et au respect des droits des patients.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes.

L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU est effectivement réalisée à partir de nombreux documents (livret d'accueil, affichage de charte du patient hospitalisé, affichage de l'existence et des missions de la CDU, questionnaire de satisfaction, site internet de la clinique). Le plaignant est informé des suites données à sa plainte et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.

Les consentements éclairés sont signés et le patient est informé sur son état de santé et sur les soins qui lui sont proposés, ainsi que de son droit à les refuser. Il participe à la mise en œuvre de son projet de soins (PPS).

L'entourage du patient bénéficie d'un accueil personnalisé et d'un soutien dans les situations qui le nécessitent. De nombreuses procédures couvrant l'ensemble des thématiques du processus sont en place.

Le respect des libertés individuelles est organisé. La contention est toujours prescrite par un praticien et fait l'objet d'une réévaluation quotidienne.

Des actions de prévention de la bientraitance sont mises en place (simulation du vieillissement à destination du personnel, exposition bientraitance en collaboration avec l'Espace de Réflexion Éthique de Bretagne, etc.). Les modalités de signalement de la maltraitance sont effectives.

Les locaux et équipements sont adaptés aux besoins des patients et permettent le respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation du processus est organisée au travers de divers indicateurs. La satisfaction du patient fait également l'objet d'une évaluation basée sur les questionnaires de satisfaction. Les résultats des enquêtes et audits sont diffusés aux professionnels et à la CDU.

Cependant, la satisfaction des usagers n'est pas évaluée dans chaque secteur d'activité. En effet, le taux de retour indiqué est faible depuis plusieurs années (inférieur à 20%) et global pour l'hospitalisation complète. Le CHPB n'est pas en capacité de définir un taux de retour par service et de garantir que l'évaluation porte sur l'ensemble des services. De plus, l'évaluation de la satisfaction des patients admis au service urgence n'est pas réalisée. Conscient de cette difficulté qu'il attribue à un outil inadapté et obsolète (questionnaire papier), le CHPB réfléchit à la mise en place de bornes spécifiques.

## A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration et des résultats obtenus conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles actions complémentaires. Les actions mises en œuvre sont intégrées au plan d'actions institutionnel. Les personnels et la CDU sont informés des résultats obtenus ainsi que des commentaires importants retrouvés dans les questionnaires de satisfaction.

La communication sur la mise en œuvre des axes prioritaires de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la clinique est réalisée via différents supports (journal interne, communication aux groupes de pilotages, site internet, presse locale).





# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

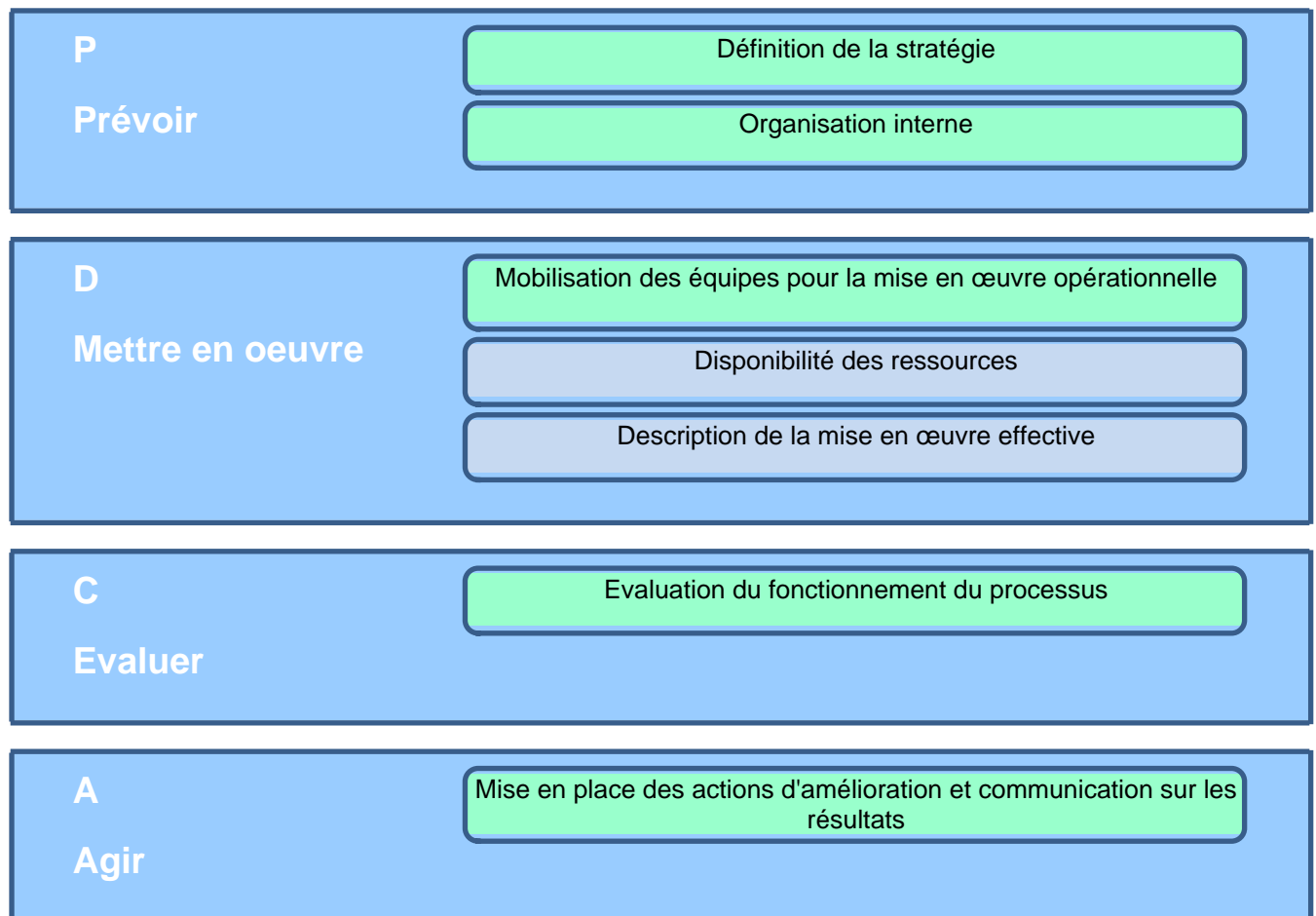
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La stratégie du CHPB prend en compte les besoins de la population en lien avec le Projet régional de Santé (PRS) défini par l'ARS Bretagne.

Le CHPB Centre Hospitalier Privé Brestois est le regroupement de 11 cliniques avec la fermeture prévue de la Clinique du Grand Large (validé en PRS) avec pour objectif la mise en place de parcours de soins facilité avec un Hôpital « hors les murs » en développant de nombreux maillages avec la ville (consultations avancées de cardiologie sur Lesneven), le SSR et vers l'aidant.

Une répartition des activités par site avec la chirurgie « lourde » sur la Polyclinique de Keraudren (rapatriement de la cancérologie et de la chirurgie vasculaire du Grand Large), une demande de lits de réanimation, une volonté affichée de développement de l'ambulatoire et la mise en place de parcours coordonné de soins (préparation des patients en amont de l'opération, définition de chemin clinique et de durée des parcours notamment pour la mise en place de la RRAC et du patient 3D : Digne, Debout, Détendu), avec une identification de problèmes sociaux et accompagnement concerté en suivi de l'opération sont les grandes orientations du projet d'établissement .

La stratégie du CHPB est en lien avec le projet médical et le projet de soins, le CPOM et le PRS. De nombreuses coopérations et partenariats sont en places : avec le secteur médico- technique (radiologie et laboratoire), avec les autres établissements et notamment le CHRU (dans le cadre des urgences et pour la réanimation), dans le cadre de la filière cancérologie avec la clinique Pasteur, avec les SSR et les structures médico-sociales, les associations, les bénévoles, la ville, etc.

Le CHPB dispose d'autorisations : de soins (urgences, éducation thérapeutique), de permanence de soins (sous forme de gardes et astreintes selon les disciplines), de reconnaissance contractuelle (USIC, USC, Imagerie interventionnelle, etc.) et de cancérologie.

Le processus parcours a été étudié à partir de cartographies issues des services et regroupées selon les grands parcours (médecine, chirurgie y compris l'ambulatoire) en prenant en compte les risques inhérents à chaque discipline.

La hiérarchisation des risques a été réalisée à partir de la grille HAS. Les risques prioritaires (au nombre de 7 sur le Grand Large et 8 sur Keraudren) ont été présentés au COPIL Qualité et validés par la direction.

Les actions identifiées (dont une grande partie sont déjà menées à bien) sont intégrées dans le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus est confié à la directrice des soins assistée de l'ensemble de l'encadrement des deux sites. Une fiche de missions définit les rôles et les responsabilités des pilotes.

L'organisation en place tient compte des spécificités de prise en charge (ambulatoire, consultation externe et hospitalisation complète) 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. Ils 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. Le CHPB est doté d'un dossier patient unique et informatisé

depuis l'entrée par les urgences, 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 en place.

Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables associés aux soins. Des CREX sont mis en place après étude hebdomadaire et validation par la direction

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et partagées en équipes. Des réunions de services sont organisées. Les comptes rendus des réunions sont affichés pendant 1 mois afin que l'ensemble des professionnels en prennent connaissance.

### 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 (garde en cardiologie, en anesthésie et en pédiatrie et astreintes dans les autres spécialités). Un planning est établi et accessible aux professionnels. 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, incendie, dossier patient informatisé, bientraitance, etc.) et en fonction des prises en charge (cardiologie par exemple). Un plan d'acquisition des compétences (dans certains secteurs comme l'USIC, USC par ex.) est mis en place avec un point fait à 1 mois et à 3 mois. Une formation sur l'hypnose a été suivie par une aide-soignante et des IDES sur le Grand Large. Un livret de présentation pour le nouvel arrivant est disponible en chirurgie, en médecine, en USIC, en endoscopie sur le Grand Large et sur Keraudren.

Les procédures, protocoles et modes opératoires sont en nombre, 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 chartes de fonctionnement existent en médecine, en chirurgie, relatant le parcours du patient depuis l'entrée par les urgences ou les consultations, le type de circuit et la sortie. Une charte spécifique décrit le parcours en ambulatoire. Des supports d'information sont mis à disposition des patients et relayés par les professionnels : en maternité, dans le cadre de la prise en charge du diabète, de l'obésité, en cardiologie, etc.

Les ressources matérielles sont à disposition des équipes. Le CHPB est doté d'un dossier patient unique et informatisé. 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 (PUI, BLOC/service, bio médical, EOH....)

### 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 dans les chartes depuis les consultations des praticiens, les consultations d'anesthésie en cas de chirurgie, la phase de pré admission, l'admission, l'hospitalisation complète ou partielle (ambulatoire) et la sortie du patient. Certaines disciplines disposent de chemin clinique (chirurgie colorectale par récupération améliorée après la chirurgie RAAC, chirurgie bariatrique, artériographie en urgence, cure de hernie inguinale en ambulatoire, prothèse totale de hanche par exemple).

Le CHPB dispose d'un service d'urgences dont l'activité est en constante augmentation et qui 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.

Une gestionnaire des lits (personnel administratif) est en place sur Keraudren et gère l'ensemble des hospitalisations (sauf les entrées directes en USIC), elle fait le tour des services chaque matin. Une cadre gère les lits sur le Grand Large.

En hospitalisation (ambulatoire ou complète), l'IDE s'assure de la complétude des consentements, autorisations, préparation du patient et remplit la fiche de liaison service /bloc en chirurgie. En sortie de la SSPI pour le retour du patient dans le service (vérification installation, douleur, pansements, prescriptions, etc.). La sortie de la SSPI est informatisée ce qui permet de maintenir le lien direct avec le service. Une répartition est formalisée et validée en CME entre anesthésistes et chirurgiens définissant les règles de prescriptions post opératoire.

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, et tout au long de sa prise en charge

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

Le programme personnalisé de soins (PPS) est en place et partagé avec les patients et /ou leur entourage. Celui-ci est établi depuis la consultation en chirurgie et selon le type de prise en charge avec anticipation si besoin vers les secteurs SSR. Ce PPS peut être réactualisé tout au long du séjour. Le devenir du patient est tracé dans la fiche de pré admission. Le refus ou les changements sont tracés dans le DPI. Le système PRADO est en place en chirurgie.

Les réunions pluridisciplinaires en oncologie sont réalisées à la Clinique Pasteur avec le CHRU (urologie, infectiologie, digestif, thoracique et gynécologie). Des réunions pluri disciplinaires sont également en place en chirurgie bariatrique selon le chemin clinique.

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 scellés, vérifiés mensuellement, 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.

Des dispositifs sont en place afin de faciliter la prise en charge des patients appartenant à une population spécifique : personnes âgées, problèmes sociaux, handicap (livret au bloc pour les personnes malentendantes, ou pictogrammes ...). Les locaux permettent une accessibilité aisée. Les enfants sont pris en charge en ambulatoire sur le Grand Large. La présence des parents est facilitée.

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 pour les insuffisants cardiaques, en oncologie, en digestif en chirurgie bariatrique par exemple), 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 tracé dans le DPI dans la macro cible d'entrée. Les professionnels sont sensibilisés à l'identification du risque, des formations ont été mises en place, les fenêtres sont sécurisées, une convention récente avec un établissement psychiatrique va permettre une aide plus spécialisée si besoin.

L'éducation thérapeutique est en place et très développée sur le CHPB. Deux programmes sont autorisés (sur l'insuffisance cardiaque et le patient obèse). Les secteurs d'activité ont accès à la plateforme d'appui ETP 29 qui colligent tous les programmes autorisés sur les autres établissements. Un travail a été réalisé avec l'UFOLEP sur l'activité physique adapté au plus proche du domicile des patients, ainsi qu'une journée sur l'obésité et une marche dans le cadre d'octobre rose.

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 ORIS est utilisé pour les demandes en SSR. On note toutefois que les indicateurs IQSS autour de la complétude de la lettre de sortie (malgré un score augmenté sur les audits hors protocoles de 0 à 48%) ne sont pas satisfaisants.

Les rencontres terrain ont montrées des professionnels investis, dynamique et 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 et qualitatifs, tableaux de bord, bilan d'activité etc.).

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

Le recueil et l'analyse des événements indésirables est effectif. Des CREX sont en place qui commencent à associer les professionnels de terrain.

Des RMM sont en place dans les secteurs dédiés. Des EPP (évaluation du délai de prise en charge d'une urgence relative, résultats de biologie, prise en charge préopératoire de la chirurgie de l'obésité, IQSS, etc.) et des patients traceurs ont été organisés.

Les IQSS nationaux sont en place. Des audits flash autour du dossier patient sont en place avec le recueil de la présence du motif d'hospitalisation, l'informations sur l'intervention au retour de bloc, la macro cible d'entrée et la sortie renseignée, les observations médicales et la lettre de liaison.

Des audits ciblés autour de la prise en charge sont réalisés : risque suicidaire et risque de fugue tracée, douleur évaluée à l'entrée, traitée et tracée, validation ou non de la réalisation des soins tracé.

## 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. 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, en CME et en CDU.

La communication est organisée :

- En interne : par le journal interne « l'écho des cliniques », par présentation sous forme de revue de processus des différents travaux des groupes de pilotage au COPIL qualité; par un mémo avant la visite de certification présentant les différents travaux des groupes de pilotage des processus
- En externe, les organes et les instances de décision assurent une communication par le biais : du site internet de l'établissement, aux usagers en CDU, etc.

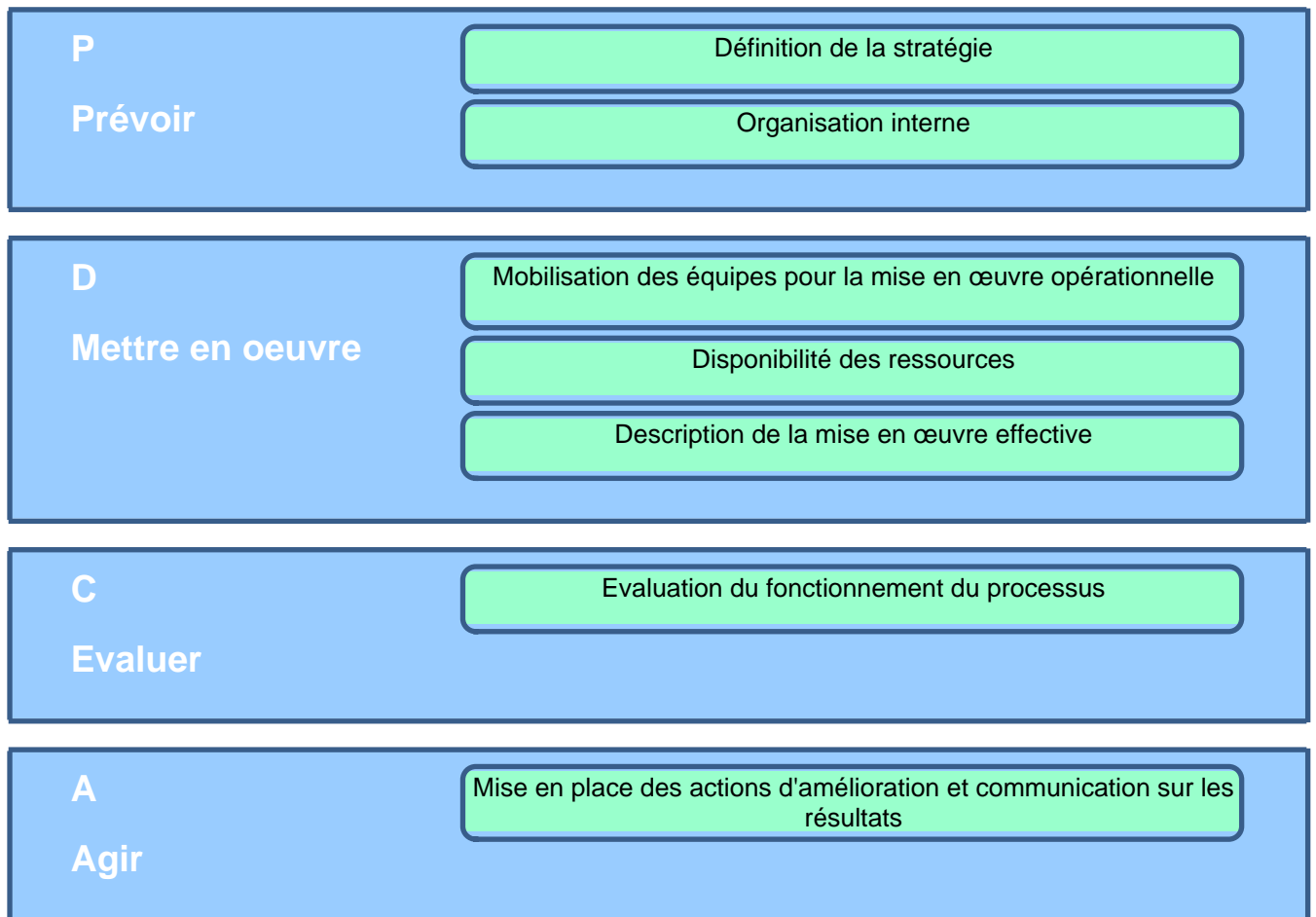
# DOSSIER PATIENT

## 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





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CHPB a défini une Politique des systèmes d'informations intégrant le dossier patient, basée sur une identification de ses besoins et une analyse de ses risques a priori et a posteriori. Il a également réalisé son schéma directeur du système d'information.

S'agissant du dossier patient, l'analyse des besoins et des risques a été réalisée pour toutes les étapes de sa gestion (de la création à la destruction), au regard des différents supports (papier et informatique) et des différentes parties du dossier patient (administratif, médical, soignant).

Les règles portant sur les responsabilités, la tenue, la confidentialité, la composition, l'utilisation, l'accessibilité en temps utile et l'archivage ont été prévues, de même que l'organisation de l'accès du patient à son dossier et son information quant aux droits d'accès, sont définies.

Les risques sont hiérarchisés selon une seule et même méthodologie utilisée au sein de l'établissement, permettant de définir des priorités d'amélioration.

La politique définie comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques adaptés au contexte spécifique de l'établissement (PAQSS).

Le CHPB s'est engagé dans le projet Hôpital Numérique en candidatant sur les volets « prescriptions électroniques alimentant le plan de soins » et « pilotage médico-économique ». Sa candidature a été retenue et validée par l'ARS.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de ce processus est assuré par le COPIL DPI. Son fonctionnement est organisé.

Deux pilotes, deux personnes-ressources ainsi que deux praticiens co-pilotes médicaux ont été nommés pour gérer et coordonner le processus en relation avec le service informatique et le DIM. Leurs rôles et missions sont définis et connus des professionnels.

L'accès du patient à son dossier et son information quant à ses droits d'accès sont organisés et une personne référente est identifiée (la secrétaire de direction).

Au niveau matériel, le CHPB a prévu de nombreux outils informatiques dont un dossier patient informatisé. Il a également prévu des dispositifs matériels de secours.

Au plan documentaire, les professionnels disposent d'une GED, de guides d'utilisation et de nombreuses procédures concernant notamment la tenue et l'accès aux dossiers mais aussi de procédures dégradées en cas de panne informatique, permettant la communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité communique auprès de son équipe sur la politique du dossier, sa mise en œuvre et son évolution. Il assure la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures, etc) et met en place des actions correctives en cas de dysfonctionnement. Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Bien qu'essentiellement informatique, le dossier patient utilise également le papier (notamment ce qui concerne quelques éléments administratifs ainsi que le per-opérateur et le partogramme pour les parturientes).

Plusieurs logiciels sont utilisés pour la GAP (les dossiers de soins/les prescriptions/le dossier médical, la gestion de la pharmacie et des stocks, la gestion du bloc, les consultations des praticiens, la gestion de l'hôtellerie, etc.) qui permettent de créer, tracer, archiver et accéder en temps utiles aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Les interfaces sont gérées.

Les professionnels sont formés aux différents matériels et logiciels qu'ils utilisent. Ils disposent de moyens matériels en état d'utilisation, ainsi que d'une GED. Celle-ci est accessible et connue des professionnels. Il existe également des documents papiers comme par exemple des guides d'utilisation.

Les règles de tenue et d'accès au dossier mais aussi sa composition et son classement, la gestion de l'identité du patient, l'utilisation des différents éléments constitutifs du dossier, les responsabilités des professionnels intervenants dans sa constitution et son utilisation, les règles de circulation du dossier ainsi que de sa conservation, sont définies.

Les locaux d'archivage du dossier papier permettent d'assurer la conservation, l'accessibilité et l'intégrité des informations. Ils sont conformes aux normes de sécurité. L'archivage informatique est externalisé. Des sauvegardes sont réalisées régulièrement (toutes les 30 minutes) concernant notamment les prescriptions à partir desquelles les professionnels peuvent assurer la continuité des soins en cas de panne informatique. Une procédure de passage en mode dégradé est à disposition des professionnels. En début d'année des pannes informatiques survenues au sein de la société hébergeur ont permis de tester l'organisation prévue lors de ce type d'incidents, avec succès.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les responsables des secteurs d'activités mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement interne de leurs secteurs, notamment en ce qui concerne les règles d'accès et de tenue du dossier ainsi que sa complétude.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile permettant aux professionnels de disposer des informations nécessaires à la prise en charge des patients. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge, sont effectives. L'accès du patient à son dossier dans les délais réglementaires est assuré.

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

L'évaluation et le suivi du processus dossier patient sont régulièrement assurés par les pilotes du processus sur la base d'indicateurs réglementaires ainsi que d'indicateurs internes.

La déclaration des indicateurs réglementaire est respectée (IPAQSS, Hôpital Numérique). Les délais de transmission des dossiers aux patients sont suivis par l'établissement et respectent ceux prévus par la réglementation.

### **A / AGIR**

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

Le suivi des actions d'amélioration et des résultats obtenus conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles actions complémentaires, en relation avec la CDU. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées au PAQSS et peuvent l'être au Compte Qualité. La communication des résultats est réalisée tant auprès des professionnels que de la CDU, via différentes modalités de diffusion.

Cependant, les résultats des évaluations ne conduisent pas toujours aux améliorations nécessaires. En effet, malgré les actions correctives mises en œuvre par l'établissement, les audits intermédiaires réalisés, les rappels en instances, l'impact de ces actions ne s'est matérialisé sur les indicateurs (IQSS, HN) à ce jour.



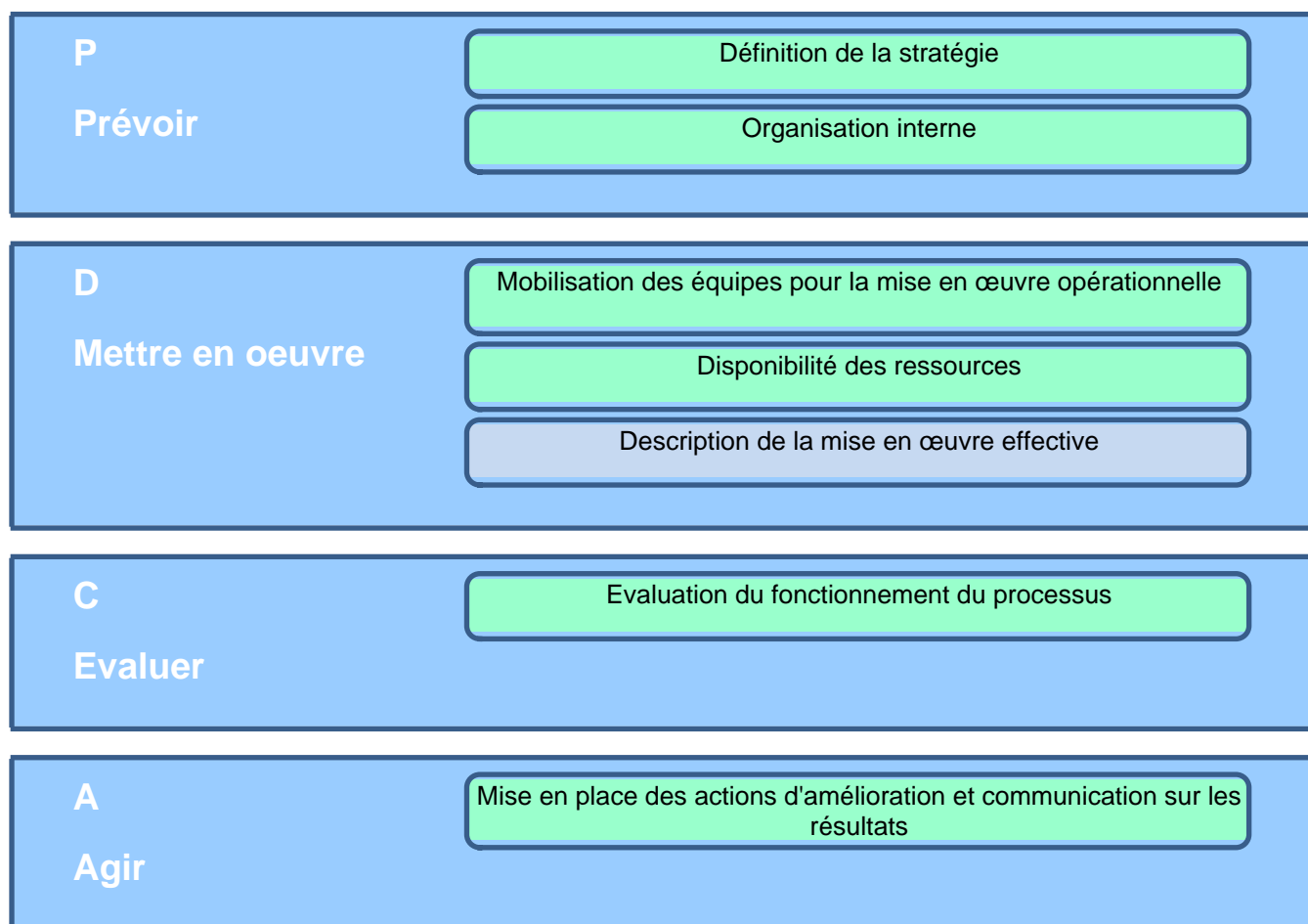
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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**

Le Centre Hospitalier Prive Brestois CHPB dispose de 2 pharmacies à usage intérieur PUI, une sur le site de la Polyclinique de Keraudren, l'autre sur le site de la Clinique du Grand Large. L'objectif est de réunir ces deux PUI sur le site de Keraudren à terme.

La politique d'amélioration de la PECM est décrite dans le projet d'Etablissement, la politique qualité autour de son axe 2 et dans le CPOM. Elle s'appuie sur la CME, le groupe « sécurisation du circuit du médicament » et le CREX. Elle dispose d'un programme d'actions défini :

- Constituer une base documentaire fiable et complète définissant les règles d'organisation des étapes successives du circuit du médicament
- Informatiser le dossier patient et le circuit du médicament
- Organiser les services pour réduire le risque d'erreur médicamenteuse
- Former et sensibiliser les équipes en continu
- Evaluer et optimiser la prise en charge médicamenteuse du sujet âgé
- Favoriser le signalement des erreurs médicamenteuses
- Informer et éduquer les patients sur les risques médicamenteux
- Evaluer le circuit du médicament par la mise en place d'un programme d'audit qualité
- Développer la culture du retour d'expérience en lien avec le circuit du médicament

Elle est organisée autour de la COMEDIMS qui est déployé par services, 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 (responsable qualité du CHPB).

Une première cartographie élaborée en 2015 a été revue en 2016 et 2017 par les pilotes et selon les différentes étapes du circuit du médicament (l'analyse, la prescription, la livraison pharmacie, la préparation, le stockage et le suivi, les vigilances, les règles particulières (écrasement/broyage, gestion des multi doses, des fluides, les médicaments à risque, l'hygiène). 5 risques prioritaires ont été intégrées dans le compte qualité.

La hiérarchisation a été réalisé 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, du bilan des événements indésirables déclarés, de la réglementation, des indicateurs interne, des EPP en place, des résultats des audits réalisés sur les items du circuit du médicament, des résultats des indicateurs nationaux (tenue du dossier patient-prescriptions et administration) et du CBUM/ CAQUES.

Les risques et les actions identifiés dans le compte qualité ont été validés par le COPIL Qualité et par la direction du CHPB. Les actions ont été intégrées dans le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage est confié aux deux pharmaciennes assistées par deux cadres et deux représentants de la CME (un issu de chaque site). La fiche de missions des pilotes est rédigée.

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

L'organisation de la PECM est décrite dans un manuel lui-même accompagné par une procédure décrivant le circuit des médicaments et des dispositifs médicaux. Le manuel qualité définit la politique, les rôles et les missions des différents intervenants (prescripteurs, pharmacien, IDE, cadre de santé...), la démarche d'évaluation, les instances (COMEDIMS, CAI, commission des gaz et fluides à usage médical), les locaux (de la PUI et des salles de soins), la formation sensibilisation aux erreurs médicamenteuses, la gestion documentaire GED, le livret thérapeutique, les médicaments à risques, les interfaces, la communication. La procédure « circuit des médicaments et des DM » décrit la commande, les règles de prescriptions pour les praticiens et les sages-femmes, l'analyse et la validation pharmaceutique, la conciliation, la délivrance, la gestion du traitement personnel.

Une procédure particulière concerne la gestion des stupéfiants et une autre la prescription de médicament chez le sujet âgé (avec les recommandations principales et l'adaptation des formes galéniques et la sécurisation des prises, l'adaptation de la posologie à la clairance rénale et les médicaments inappropriés).

Les ressources humaines sont en nombre et avec les compétences requises. La formation sur les erreurs médicamenteuses et les Never Events est assuré par les pharmaciens avec des supports de formation

dédiés. La déclaration des événements indésirables liés aux médicaments est effective et donne lieu à des CREX.

Les ressources documentaires sont disponibles et en nombre (protocoles et procédures) sur le logiciel électronique de gestion documentaire. Des règles de collaboration entre les spécialités médicales et chirurgicales pour la prise en charge du patient ont été définies avec la répartition médicale (qui fait quoi, quand, qui prend le relais) autour de la PEC en Unité de Soins Continu, en cardiologie sans passage au bloc opératoire, en cas d'anesthésie loco régional, aux urgences, en anesthésie/chirurgie, en anesthésie/cardiologie). Ces règles ont été validées en CME.

Les médicaments à risques sont définis (liste, identification avec un logo jaune et éclair rouge dans les armoires à pharmacie et sur le plan de soins).

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 audits flash sont réalisés autour du circuit du médicament avec identification d'actions d'amélioration qui sont partagées avec les équipes en réunions de service, lors des lundis de l'information notamment.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation avec les compétences au niveau de la pharmacie (2 pharmaciens sur Keraudren et un temps de pharmacien sur le Grand Large, des préparateurs en pharmacie sur les deux sites, ainsi que des professionnels pour la manutention). La pharmacie est ouverte de 8h30 à 17h30 sur Keraudren et de 8h30 à 13h sur Grand Large.

Les préparatrices en pharmacie se déplacent dans les services. Elles assurent la délivrance, le contrôle des périmés et le rangement directement dans les blocs opératoires des deux sites, le ré approvisionnement des armoires à pharmacie (commande, gestion des dotations) et de la gestion des périmés dans les services en dotation globale (chirurgie sur Grand large et Keraudren et urgences, ambulatoire sur Keraudren). Pour les services en dotation nominative reglobalisé (USC sur Grand Large, USIC, USC, cardiologie et chirurgie viscérale sur Keraudren pour 3 ou 4 jours), elles assurent la délivrance dans des sachets nominatifs fermés. Un système de pastille de couleur permet d'identifier les médicaments qui ont une échéance dans l'année en cours 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, des supports de formation donnés aux professionnels. L'analyse des événements indésirables est étudiée de façon hebdomadaire, la réalisation de CREX est validée par la direction.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles mode opératoire, etc.) et matérielles sont en nombre et en place. Ils sont intégrés dans le logiciel de gestion documentaire et validés par le COMEDIMS et la CME.

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 dans un sachet bien identifié par exemple). Des étiquettes avec logo jaune et éclair rouge identifient les médicaments qui nécessitent des précautions lors de l'administration.

Les stupéfiants sont détenus dans des coffres sécurisés (digicode) et scellés 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 Les praticiens disposent d'accès au DPI à distance pour répondre aux besoins urgents.

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 en temps réel.

Les services disposent d'une dotation en médicaments. Le réapprovisionnement du stock de la dotation est réalisé dans le respect des règles de gestion, de transport, de rangement, et de stockage (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, et les médicaments à risques), suivant une périodicité et une fréquence établie en fonction des services sur les deux sites. Le transport est réalisé dans les caisses scellées ou les armoires des services. Les produits relevant de la chaîne du froid sont sortis du réfrigérateur à la dernière minute. L'acheminement est fait par les préparatrices sur Grand Large, et sur Keraudren pour ce qui concerne les armoires de dotation globale, pour les services en nominatif ce sont les IDES qui rangent les médicaments.

La gestion du traitement personnel est en place. La procédure de gestion des traitements personnels décrit le circuit : photocopie de l'ordonnance du patient qui sera incluse dans le dossier, et restitution immédiate. Les médicaments personnels sont stockés dans l'armoire à pharmacie dans des pochettes fermées et nominatives. Sur les 24 premières heures, il est possible d'utiliser le traitement personnel du patient et ce jusqu'à substitution ou commande par la PUI. La prescription mentionne cette autorisation d'utilisation du traitement personnel.

Les stupéfiants sont délivrés à partir d'une dotation globale revue avec les services. Les cadres des services se chargent du ré-approvisionnement en fonction des besoins sur Keraudren et au quotidien sur Grand Large. Un double contrôle est effectué à la pharmacie, à l'arrivée et à la sortie du service.

L'analyse pharmaceutique est effective et réalisée de niveau 1 et 2. Le DPI permet aux pharmaciens l'accès aux différents éléments de la prise en charge (résultats d'examen complémentaire). Elle est réalisée en temps réel pendant les heures d'ouverture de la PUI et à posteriori le soir et le week end. La conciliation médicamenteuse est ébauchée.

La permanence pharmaceutique est en place et répond à la réglementation. La continuité pharmaceutique est organisée. Une procédure décrit le fonctionnement. Les services disposent d'une dotation dans leurs armoires de services. En dehors des heures d'ouverture des PUI, un appel au cadre de garde est possible. Celui-ci dispose du contenu des armoires de l'ensemble des services pour possible dépannage. Si le médicament n'est pas disponible, une convention est signée avec le CHU de Brest ou un dépannage est possible avec une pharmacie de ville proche. Le cadre de garde assure le transport.

L'établissement ne dispose pas d'une unité de reconstitution des cytotoxiques. Les patients sont pris en charge par la clinique Pasteur pour les traitements.

Des supports d'information au patient sont mis à disposition (livret de suivi des AVK, insulines, etc.). Une séance exclusive est dédiée aux médicaments dans le cadre de l'ETP sur les insuffisants cardiaques.

Le chariot d'urgence est scellé, la vérification est réalisée par les IDES mensuellement selon un tableau de répartition entre les équipes de jour et de nuit.

L'administration des médicaments répond aux règles défini dans le manuel qualité. La traçabilité de l'administration est réalisée en temps réel avec des postes informatiques mobiles sur les chariots de médicaments. Les piluliers sont réalisés par l'équipe de nuit, vérifié par l'IDE de jour et au moment de l'administration.

Les évènements indésirables liés au circuit du médicament sont recueillis et analysés chaque semaine. La déclaration des évènements liés aux erreurs médicamenteuses est totalement acquise par les professionnels. Certains évènements après validation par la direction sont étudiés en CREX. La participation des professionnels à l'analyse est en phase de déploiement. 2 numéros de la lettre du Ponant (journal interne) ont été consacré aux Never Events.

## 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 : IPQSS nationaux (TDP MCO, les indicateurs d'hôpital numérique), EPP (gestion du

traitement habituel et des prémédications, ré évaluation de l'antibiotique curative entre 48 et 72h, antibioprophylaxie, qualité des prescriptions en pré opératoire et pendant l'hospitalisation), revue des événements indésirables (dont Never Events) en CREX, audit flash « circuit du médicament », sur la qualité de l'administration (non administration justifiée par ex.), CBUM, etc.

- Quantitatifs : consommation colligée dans le bilan d'activité annuel (nombre d'EI, nombre de formation et de sensibilisation aux erreurs médicamenteuses et Never Events, nombre de lignes prescrites, nombre de lignes validées, etc.

Un tableau de bord de suivi des indicateurs de la pharmacie est en place. Le rapport d'activité annuel est présenté aux instances.

## **A / AGIR**

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

Les résultats des audits, indicateurs font l'objet d'actions d'amélioration et de présentation aux équipes. Le suivi des plans d'actions est réalisé en COMEDIMS, au COPIL Qualité et COVIRIS et en CME.

Les actions d'amélioration identifiées sont intégrées dans le PAQSS institutionnel.

La communication interne est faite lors des réunions de services, des lundis de l'information, par affichage et dans le journal interne « la lettre du Ponant ».

La communication externe est réalisée par l'affichage des indicateurs IQSS.



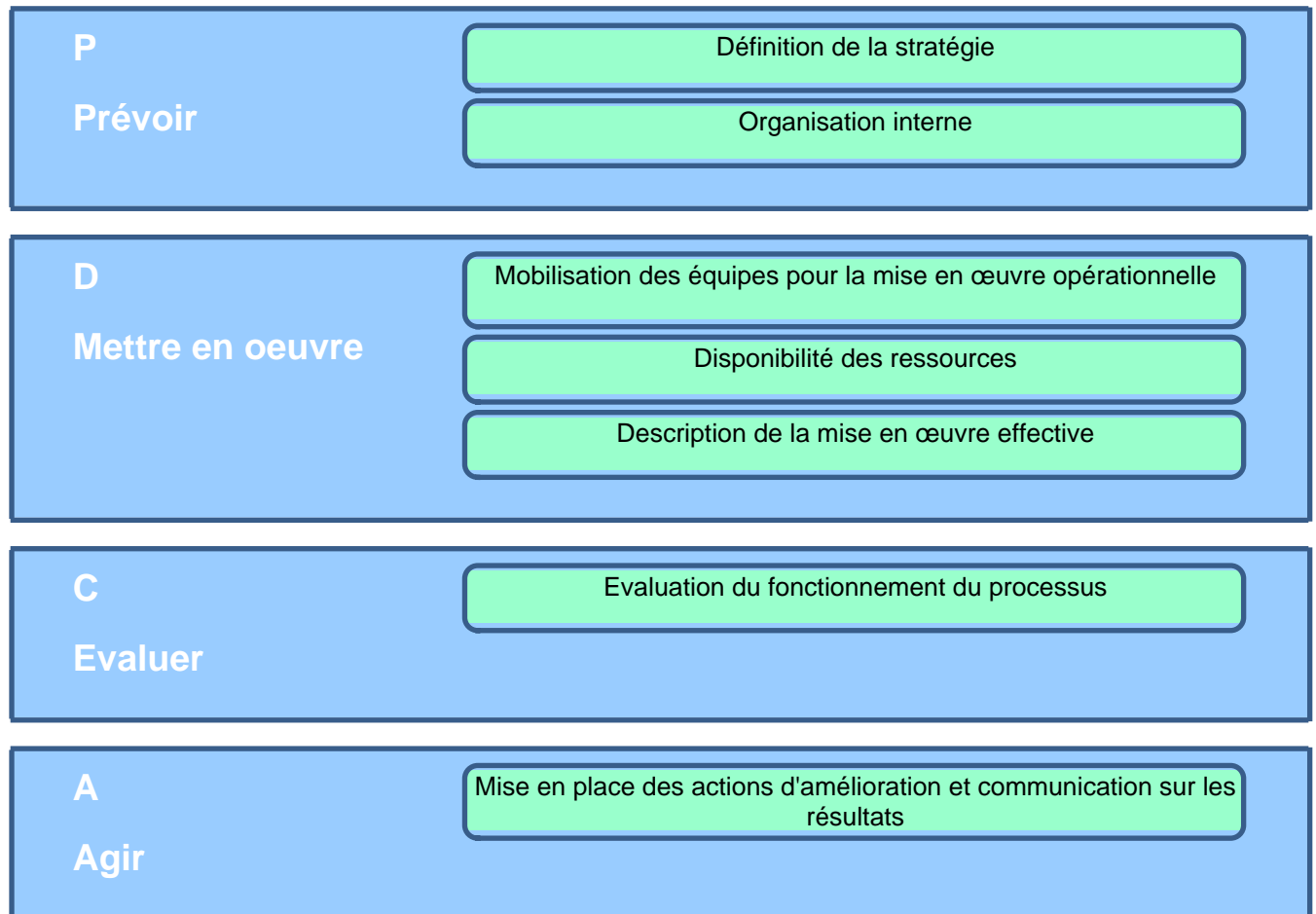
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service urgences – soins non programmés existe au sein de la clinique Kéraudren depuis 1995. Il accueille environ 36 000 patients par an. L'établissement a intégré la prise en charge des urgences dans ses orientations stratégiques et a défini un manuel dans lequel sont précisées six axes prioritaires :

- La prise en charge dans des délais adaptés au motif de venue des patients (objectif : 100% de délais de prise en charge adaptés au motif de venue)
- Le dépistage et la prise en charge de la douleur (objectif : 100% des patients ayant bénéficié d'une évaluation initiale à l'IAO, d'une réévaluation, d'une prescription et d'une administration d'antalgiques si besoin)
- La réalisation et l'obtention des résultats d'examen complémentaires dans des délais adaptés au motif de venue des patients (objectif : 100% de délais compatibles)
- L'adaptation des ressources sur les temps d'engorgement identifiés
- La création du parcours coordonné notamment pour les hospitalisations après le passage aux urgences (objectif : 90% d'hospitalisation réalisés dans le service adapté et dans un délai acceptable)
- L'obtention d'indicateurs personnalisés avec le logiciel de gestion du service.

L'établissement fait partie de l'O.R.U. et du Réseau Bretagne Urgences.

De nombreuses conventions ont été signées avec des établissements extérieurs publics et privés choisis pour la complémentarité de leurs activités et /ou leurs spécificités.

En interne, le service a également défini les services et les instances avec lesquels il est en relation. L'organisation prévoit en particulier l'admission des patients à partir du service des urgences et en aval, ainsi que les modalités d'accueil des populations vulnérables (notamment les étrangers, les handicapés, les majeurs protégés, ...) et le recours aux avis spécialisés.

La politique et l'organisation ont été validées par les instances Ad'hoc.

Une hiérarchisation des risques a été réalisée par les pilotes à partir de l'ensemble des éléments à leur disposition (analyse de la réglementation, recommandations de la S.F.M.U., résultats des enquêtes et audits, analyse des E.I., réunions de services, etc.).

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage est assuré par le « groupe Urgences » dans lequel participent la responsable du service, des médecins urgentistes et le directeur des opérations en tant que membre du Réseau Brest Urgences. Le groupe se réunit deux fois par an, sur convocation et ordre du jour. Des comptes-rendus de réunions sont réalisés. Il existe un « règlement intérieur du service des urgences » qui définit notamment les rôles et les missions de chacun des professionnels du service et la coordination avec les autres services de la clinique, en particulier le recours à un avis spécialisé.

Les pilotes ont prévu les ressources humaines (effectifs, compétences), documentaires (protocoles, procédures, documents d'information à destination des patients et des professionnels) et matérielles (locaux, circuits, informatique, matériels et équipements biomédicaux et non biomédicaux) correspondants à l'activité réalisée.

Des circuits de prise en charge (circuit court, circuit long) ont été définis et formalisés en fonction des degrés d'urgence et de la topologie du patient.

Une organisation basée sur l'utilisation dans le service du même logiciel de dossier patient que dans les autres services de soins permet la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du service organise la mise en œuvre opérationnelle de la politique et de l'organisation définie. Il sensibilise les professionnels sur les risques identifiés sur son secteur d'activité ainsi que sur les résultats des évaluations réalisées. Des actions correctives peuvent être menées en cas de besoin en collaboration avec les professionnels concernés.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines, matérielles et documentaires sont disponibles.

Les effectifs disponibles sont en cohérence avec les besoins identifiés et l'activité réelle. Il existe un livret d'accueil des nouveaux arrivants. Les professionnels sont formés et disposent de procédures. Les IAO disposent de procédures spécifiques (prescription anticipée d'antalgiques, prescription anticipée de radiologie) et également d'une adresse mail spécifique qui peut notamment servir pour communiquer avec les parents d'un enfant admis dans le service.

Les locaux prennent en compte la réglementation, les besoins, les risques et les recommandations des sociétés savantes (circulation, sectorisation, polyvalence des zones, confidentialité). Les différents circuits (patients, professionnels et matériels) sont formalisés en prenant compte de l'activité et des besoins identifiés. C'est ainsi que, concernant les patients, il existe deux circuits dits « court » et « long ».

Le service abrite un dépôt de sang qui est géré par la responsable en relation avec l'EFS.

Les mesures pour assurer la qualité et les sécurités des biens et des patients sont disponibles.

L'accès des locaux est sécurisé. La maîtrise du risque infectieux est prise en compte et assurée. Il existe au sein de l'établissement un dispositif adapté d'entretien et de maintenance préventive et curative dont bénéficie le service pour les matériels dont ils disposent.

Le système d'information, basé sur l'utilisation du même DPI que dans l'ensemble des autres secteurs de soins de la clinique, permet d'assurer la continuité de la prise en charge du patient. En cas d'hospitalisation, le service des urgences s'assure de transmettre l'ensemble des données-patient au service d'aval. L'organisation permet la connaissance des lits d'hospitalisation disponibles en temps réel, de jour comme de nuit.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le fonctionnement des urgences est assuré. Les plannings médicaux et paramédicaux prévus sont respectés et la permanence des soins est assurée.

Les interfaces entre le service des urgences et les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques ainsi qu'administratifs sont opérationnelles. La disponibilité des lits d'hospitalisation est analysée en temps réel. L'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient est opérationnel et conforme à l'organisation établie.

La prise en charge effective du patient respecte les modalités et conditions d'accueil prévues et disponibles dans le service. L'identification du patient est opérationnelle. Le respect de la confidentialité de l'entretien est assuré. La douleur est évaluée, le relevé des constantes et la surveillance sont effectués selon une fréquence adaptée à la pathologie du patient. Les bonnes pratiques de prescriptions et d'administration des médicaments sont respectées. Il en est de même en ce qui concerne les restrictions des libertés individuelles ; la contention est toujours prescrite par un médecin et fait l'objet d'une réévaluation quotidienne. Le patient est informé sur les modalités de priorisation ainsi que des délais d'attente.

Dans le cadre de son Plan de Sécurisation des Établissements, la clinique a répondu à un appel à projet initié par l'ARS et son dossier a été retenu. Un groupe de travail « sécurité » a été constitué au sein de l'établissement qui travaille, en relation avec la gendarmerie, sur la sécurisation des accès.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure à périodicité définie le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de prise en charge des urgences et soins non programmés au regard des objectifs initiaux. L'évaluation est réalisée à partir d'indicateurs internes et/ou externes (ORU) quantitatifs (activité, efficience) et qualitatifs (EI, délais).

L'évaluation sur les temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est faite en continu. Les professionnels du service participent à la déclaration et à l'analyse d'événements indésirables qui peuvent donner lieu à des CREX. Deux EPP sont en cours, l'une portant sur la tenue du dossier patient au sein du service urgences et l'autre sur la mise en place de critères de priorité de traitement, par le laboratoire, des demandes d'examen d'analyses médicales émanant du service urgences.

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

L'analyse des résultats des audits, enquêtes, indicateurs amène l'établissement à mettre en œuvre des actions d'amélioration qui peuvent être intégrées au PAQSS et au Compte Qualité. C'est ainsi qu'en début d'année l'établissement a fait évoluer son organisation, en termes de ressources humaines, pour répondre à l'augmentation d'activité constatée. Cette nouvelle organisation a eu pour conséquence de réduire de façon importante le nombre de passages de plus de quatre heures dans le service.

La communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels via différents supports.

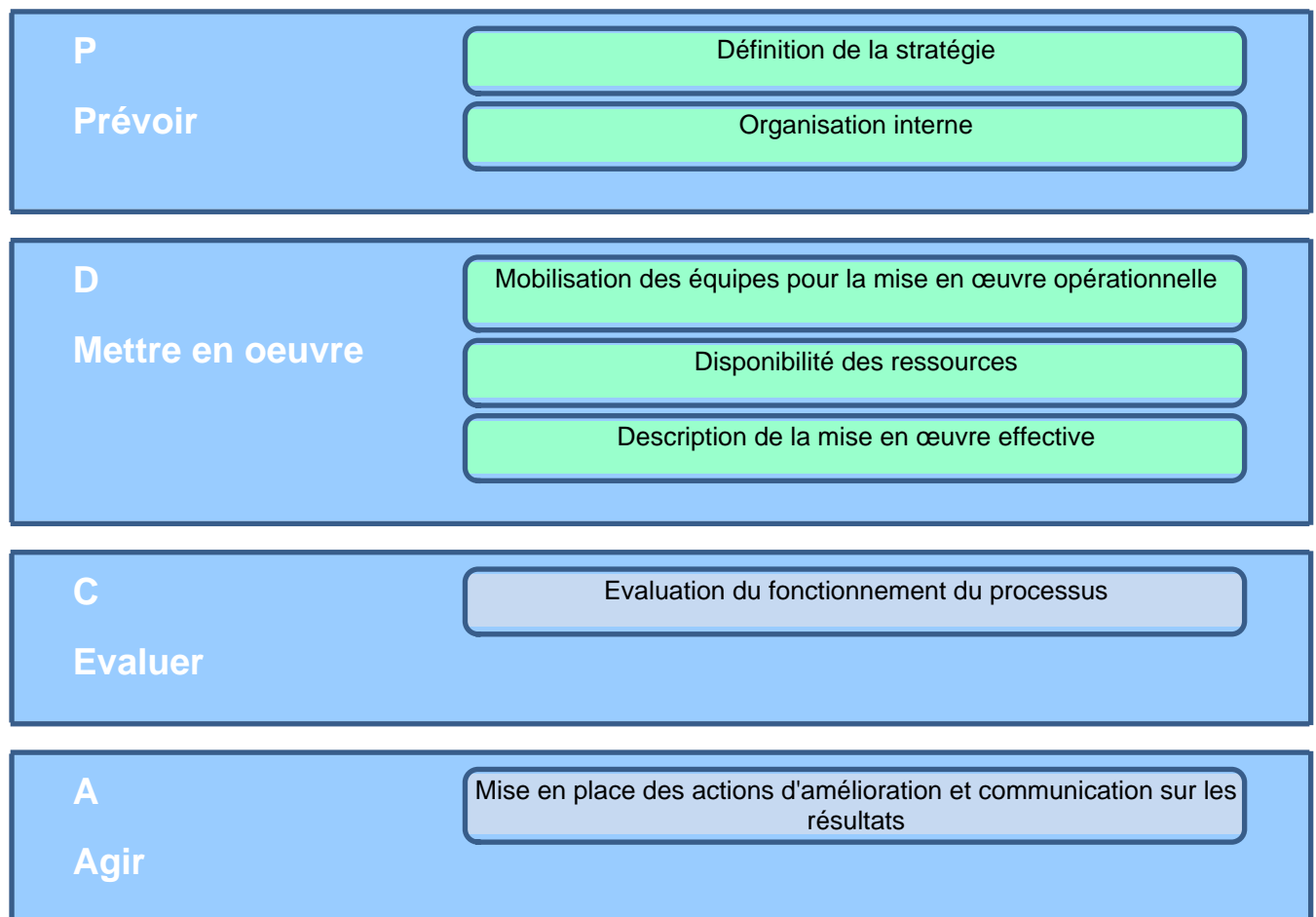
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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 dispose de deux blocs opératoires :

- sur le site de Keraudren : 11 salles de blocs opératoires réparties en trois secteurs d'activité :
  - 9 salles (chirurgie orthopédique, chirurgie digestive, chirurgie ORL, chirurgie gynécologique, chirurgie urologique, chirurgie esthétique, chirurgie vasculaire) dont 1 salle de cardiologie interventionnelle
  - 1 salle d'endoscopique exclusive
  - 1 salle d'actes externes
  - 17 postes de SSPI (1 salle de 9 postes de surveillance et 2 salles de 4 postes chacune)
- sur le site du grand large :
  - 5 salles (chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie digestive, chirurgie ORL, chirurgie gynécologique, chirurgie esthétique, endoscopies digestives et bronchiques) dont 1 salle de cardiologie interventionnelle
  - 1 salle d'actes externes
  - 8 postes de SSPI

Il existe une politique institutionnelle de développement de l'activité chirurgicale (commune aux trois sites du groupe) de bloc opératoire datant de mars 2018. Elle comprend des objectifs et des moyens élaborés sur la base du projet médical de l'établissement déclinant l'organisation de la chirurgie. Elle décrit notamment l'organisation qui permet d'assurer la permanence des soins, le développement de la chirurgie ambulatoire et de la RAAC (récupération améliorée après la chirurgie). La charte des blocs est commune à l'ensemble des blocs et a été actualisée en janvier 2018.

La politique décrit également l'organisation des blocs opératoires notamment en matière de circuits, d'hygiène et de décisions. Le secteur du bloc opératoire a identifié et hiérarchisé ses processus à risque au niveau du bloc, de la SSPI et de l'UCA, mis en place une cartographie des risques et élaboré un programme d'actions préventives. Cette cartographie datant de 2011 a été réactualisée dans son ensemble en 2017 en lien avec le projet d'établissement. L'établissement a identifié 5 risques prioritaires.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a missionné un directeur des blocs pour coordonner le pilotage de l'ensemble des blocs opératoires des trois sites. Le pilotage des blocs est défini dans la charte de bloc réactualisée en janvier 2018. Il repose sur un conseil de bloc composé d'un représentant de chacune des spécialités chirurgicales, des médecins anesthésistes, des cadres de bloc, de la direction, du pharmacien, une IDE-PCR et des cadres des services de soins. Le conseil de bloc a pour mission de valider les règles de fonctionnement du bloc opératoire et la régulation des activités au regard des besoins et des ressources. Il se réunit tous les trimestres. Le conseil de bloc pilote la mise en œuvre et le suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du bloc et de la SSPI. Des réunions « process-interbloc » réunissant des membres des trois conseils de blocs se tiennent tous les deux mois.

La régulation à J-7 de la programmation des blocs se fait lors de la réunion hebdomadaire avec la participation des cadres du bloc et des unités de soins et d'un anesthésiste. Le pilotage quotidien des blocs repose sur le cadre de bloc et d'un anesthésiste.

Cette organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires pour la sécurité de la prise en charge du patient au bloc. L'organisation des blocs prévoit les ajustements en cas de dysfonctionnement ou de prise en charge des urgences.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés (formation IBODE, spécificités anesthésiques) et sont intégrés dans le plan de formation global de l'établissement.

L'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire fait l'objet d'un règlement précisant son organisation, les règles de coordination et de continuité des soins.

Les interfaces avec la pharmacie, la stérilisation, la gestion des flux sont organisées et sécurisées dans des procédures validées et appliquées par les professionnels. Un groupe pilote le développement des circuits de prise en charge des patients dans le cadre d'une approche « patient 3D » (debout, digne, détendu).

La matériovigilance est organisée ainsi que les maintenances préventives et curatives. La gestion des pannes est organisée et prévoit des solutions dégradées en cas de panne.

La gestion documentaire informatisée spécifiant l'organisation des blocs et des pratiques professionnelles est organisée, actualisée et accessible par tous les professionnels.

L'établissement dispose d'un dossier patient en partie informatisé et en partie au format papier : il est disponible pendant toute la prise en charge du patient au bloc opératoire. Le système informatique sur le bloc opératoire comprend plusieurs volets dont un outil de programmation, un outil de prescription, un outil de gestion du dossier informatisé patient, un outil de gestion des examens radiologiques. L'ensemble de ces outils communique entre eux et permet la disponibilité des documentaires à chaque étape de la prise en charge du patient.

La continuité des soins est assurée au bloc opératoire avec plusieurs listes de garde et d'astreinte médicale et paramédicale de chaque spécialité.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le conseil de bloc pilote la démarche qualité et la gestion des risques des blocs. Il a élaboré la cartographie des risques dont est issu le compte qualité du bloc et assure le suivi du plan d'actions. La participation des professionnels est encouragée notamment par l'échange des informations régulières : communication des indicateurs d'activités, réunions de service, conseil de bloc auquel participent des IADE et IBODE.

Les professionnels du secteur sont accompagnés par un responsable qualité pour l'analyse et le traitement des dysfonctionnements déclarés au niveau du bloc.

Le cadre de bloc assure le suivi de l'avancement des actions d'amélioration. Les RMM par spécialités chirurgicales et en anesthésie sont en place. Les professionnels se sont approprié la méthodologie d'analyse des risques a posteriori.

Une réunion du personnel médical et paramédical a lieu deux fois par an pour diffuser les informations et les résultats d'évaluation.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées et issues des bonnes pratiques (sociétés savantes, HAS). Les cadres s'assurent de la conformité des pratiques par le respect des procédures, l'application des protocoles et des consignes d'organisation permettant d'adapter l'organisation à la réalité quotidienne.

Les personnels du bloc sont impliqués dans les déclarations, l'analyse et le traitement des événements indésirables lors des CREX mensuels et des RMM. Les médecins anesthésistes et les chirurgiens participent à la démarche d'accréditation des médecins.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources (humaines et matérielles) sont ajustées au programme lors des réunions hebdomadaires pluri-professionnelles à J-7. La régulation de l'activité du bloc opératoire est assurée par le cadre tout au long de la journée avec l'aide de l'outil informatique qui permet de suivre l'état d'avancement du programme opératoire en temps réel. L'adéquation des compétences aux besoins du secteur opératoire est recherchée.

Le plan de formation institutionnel mis en œuvre engage des formations spécifiques au secteur de bloc opératoire (hygiène, gestion des événements indésirables, manutention des patients, formations hygiène, formation IDE en SSPI). Les formations initiales et continues identifiées dans le plan de formation global de l'établissement pour l'ensemble des professionnels concernés sont réalisées (formation IBODE, spécificités anesthésiques). Il existe une formation en simulation "situations à risques en anesthésie". Les IBODE et IADE bénéficient de formations spécifiques et participent aux congrès de la spécialité (exemples : congrès national d'orthopédie, de la SFAR...). Un dispositif d'évaluation des compétences pour les nouveaux arrivants est opérationnel.

L'établissement dispose d'un dossier patient au format papier et au format informatique. Les informations relatives aux différentes étapes de la prise en charge du patient (consultation chirurgicale, consultation anesthésie, prise en charge pré opératoire en unité de soins, prise en charge en bloc, SSPI) sont dans le dossier. La transmission des informations entre le bloc, la SSPI et les services de soins est mise en œuvre. La traçabilité de l'ensemble des actes obligatoires est assurée : ouverture et contrôle des salles d'opérations sur la feuille d'écologie, check-list HAS, dispositif médicaux implantables, dose de rayonnement reçu après utilisation de l'amplificateur de brillance.

Les procédures utiles pour la sécurité des prises en charge validées sont disponibles aux professionnels

et actualisées dans la GED.

Un matériel d'urgence vitale opérationnel est disponible de même que le matériel pour la réanimation des enfants nés au bloc opératoire à l'issue de césarienne programmée.

Les différents circuits (patients, professionnels, matériels) sont organisés en prenant en compte les risques.

Les locaux du bloc opératoire et des salles de SSPI sont adaptés et opérationnels. Les mesures pour assurer l'hygiène des locaux, la gestion de la qualité de l'air, des gaz médicaux et de l'eau sont organisées et efficaces.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en place des circuits définis dans la charte est effective : chirurgie ambulatoire, chirurgie en hospitalisation complète, prise en charge des urgences. Les circuits des professionnels, du matériel, du linge et des déchets sont formalisés et mis en œuvre. Les réunions à J-7 de programmation permettent de vérifier la disponibilité des ressources matérielles, humaines et des places en USI et en hospitalisation conventionnelle. La permanence des soins est assurée dans l'ensemble des blocs opératoires avec une activité 24 heures sur 24 dans les salles d'urgence.

La planification opératoire est mise en œuvre sur l'outil informatisé de programmation du bloc intégré au système d'information hospitalier. La régulation de l'activité du bloc opératoire est sous la responsabilité du cadre de bloc aidé d'un anesthésiste.

La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est utilisée et tracée dans le dossier patient. Les circuits de gestion et de traitement des dispositifs médicaux stériles sont définis et mis en œuvre. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes est assurée dans le dossier patient et à la pharmacie.

La prise en charge des patients en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est organisée et mise en œuvre. Les prescriptions post opératoires sont enregistrées dans le logiciel de prescription médicamenteuse et conformes aux règles établies. La validation de la sortie de SSPI est faite par les médecins anesthésistes sur la feuille de prescription et de surveillance post interventionnelle après la réalisation par l'IDE de SSPI d'un score d'évaluation clinique. La surveillance clinique est effective. Le transfert des patients de la SSPI pour les secteurs de soins est sécurisé. Les brancardiers utilisent le logiciel de programmation du bloc pour l'ensemble des transports du patient entre les secteurs de soins et le bloc.

La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance en ce qui concerne la qualification opérationnelle des salles d'opération en lien avec l'EOH. La maîtrise du risque infectieux est effective. Le nettoyage des salles d'opération est réalisé selon la procédure définie après chaque intervention et en fin de journée. Il est tracé. Les déchets sont stockés dans des locaux dédiés et transportés dans des containers selon des bonnes pratiques.

L'ensemble des professionnels participent à la déclaration des événements indésirables. L'analyse des signalements est réalisée lors de CREX et des RMM organisées avec les professionnels concernés.

Pour les patients pris en charge dans le secteur de l'ambulatoire, l'appel de la veille et du lendemain sont systématiquement effectués et tracés dans le dossier du patient. Un score de « mise à la rue » est réalisé par l'IDE et la validation de l'autorisation de sortie est faite par le chirurgien.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du fonctionnement des blocs opératoires est pilotée par les conseils de bloc.

L'établissement a participé à un benchmarking des blocs de la région Bretagne avec la mise en place des indicateurs de l'ANAP (TROS, TROV, TD, temps moyen d'intervention par les chirurgiens). Ces indicateurs sont présentés au conseil de bloc tous les trimestres et la répartition des vacances tient compte de ces résultats. Les indicateurs IPAQSS sont recueillis, suivis et font l'objet d'actions d'amélioration. Un audit de pratique sur le respect du time-out de la check-list a été mené en novembre 2017 et des actions correctives ont été décidées.

Des indicateurs qualitatifs sont suivis dans un tableau de bord dans le secteur d'hospitalisation de chirurgie ambulatoire comme le nombre de personnels présents par nombre de lits occupés, le taux de conversion des séjours d'ambulatoire, le taux de rotation par place d'ambulatoire. Les RMM sont réalisées



dans toutes les spécialités chirurgicales et en anesthésie. Les résultats sont communiqués aux professionnels de bloc.

## A / AGIR

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

Pour donner suite à la réalisation d'une RMM, une procédure de « qui fait quoi » a été élaborée pour l'application de la check-list du bloc opératoire. L'évaluation du circuit patient a débouché sur le projet 3D (patient debout, digne, détendu) avec l'implication de l'ensemble des professionnels. En effet, l'accueil des patients « 3D » au bloc opératoire par les brancardiers et les aides-soignants a conduit ces derniers dans des formations à l'hypnose conversationnelle pour accompagner sereinement le patient. D'autres part les techniques d'anesthésie ont été revues pour le confort des patients (protocoles de prémédication différents, ALR, etc.).

La communication des résultats est réalisée en interne et en externe par le conseil de bloc, les réunions de service, par voie d'affichage. Afin d'améliorer le résultat de l'indicateur "dossier d'anesthésie", les médecins anesthésistes sont associés au recueil de l'indicateur.

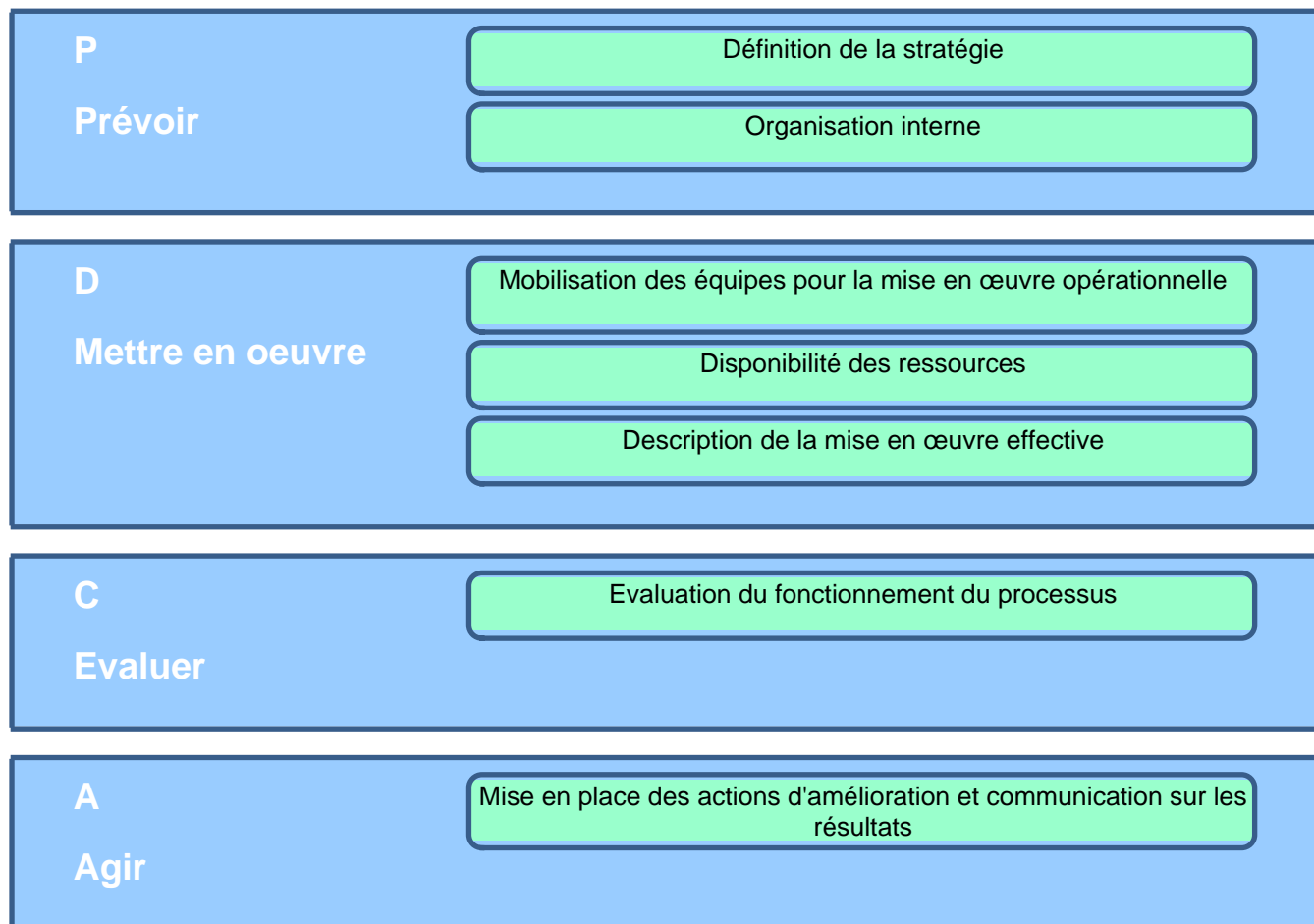
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le CPHB dispose de 2 secteurs d'imagerie interventionnelle intégrés au sein des 2 blocs opératoires basés sur les sites de Keraudren et Grand Large.

Le processus couvre plusieurs secteurs d'activité :

Sur le site de Keraudren:

- en cardiologie interventionnelle : coronarographie diagnostique et thérapeutique, rythmologie diagnostique et thérapeutique, angioplastie, embolisation utérine

Sur le site de Grand Large :

- en vasculaire : angioplastie iliaque, carotidienne et artère rénale- splénique-hypogastrique-sous clavaire , endoprothèse aortique...

La politique est commune aux 2 sites et définie dans un manuel qualité "imagerie interventionnelle" rédigé en mars 2018

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 et de l'Agence de Sûreté Nucléaire et des recommandation effectuées par les prestataires.

Les risques ont été identifiés en commun sur les 2 sites, hiérarchisés selon la grille HAS par les personnes ressources (responsable qualité, personnes compétentes en radioprotection des sites de Keraudren et Grand large, les chefs de bloc, un cardiologue interventionnel) et les plus significatifs ont été intégrés dans le Compte Qualité (4 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**

Le CHPB a mis en place une organisation pour piloter le processus d'imagerie interventionnelle. Ainsi, le pilotage a été confié à la personne compétente en radioprotection (PCR) du site de Keraudren assisté d'un médecin de cardiologie interventionnelle.

Les rôles et responsabilités sont décrits dans une fiche de mission signée par le pilote. La Charte du bloc opératoire du site de Keraudren intègre un volet spécifique à l'imagerie interventionnelle, pour celle du site de Grand large, dans l'attente du transfert d'activité sur le site de Keraudren, il est prévu qu'elle soit modifiée pour intégrer un volet spécifique à l'imagerie interventionnelle. Elles définissent les règles de fonctionnement du bloc conformément à la réglementation et aux règles de bonnes pratiques professionnelles. 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 les personnes compétentes en radioprotection des deux sites. 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 sur les 2 sites (une garde pour la coronarographie et une 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 les PCR.

Les procédures et protocole de radioprotection et de radiovigilance communes aux 2 sites sont formalisées, validées et accessibles via le logiciel de gestion documentaire (Information de la PCR à l'embauche pour le personnel, port de la dosimétrie et des équipement de protection individuel (EPI), optimisation de l'usage des EPI, procédure de radio vigilance,...).

Les brancardiers sont formés au bio nettoyage.

Les procédures de prise en charge du patient spécifique aux activités de chaque site sont également formalisées, validées et accessibles via le logiciel de gestion documentaire (prise en charge d'un patient

en cardiologie interventionnelle programmée et non programmée, Guide des procédures en radiologie interventionnelle du bloc de Grand Large, etc.).

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 et un prestataire. Le suivi des équipements de protection individuelle est organisé par les PCR.

Les outils informatiques sont à disposition et en nombre. La traçabilité est effective au moyen d'un logiciel dédié pour la coronographie sur le site de Keraudren 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. Le logiciel est articulé avec le DPI. Pour l'activité de vasculaire de Grand Large, la saisie des informations est effectuée par l'IDE à l'aide d'un triptyque papier regroupant les informations nécessaires (matériel utilisé, dosimétrie, temps d'exposition, DMI utilisé, produit de contraste utilisés). Ensuite, ces données sont transmises à la PCR et au chirurgien en charge du patient pour la rédaction du CRO. L'informatisation du secteur et son lien avec le DPI doit être installé en 2018 afin de faciliter la traçabilité des données et la rédaction du CRO. Ainsi, les comptes rendus comprennent l'ensemble des informations relatives au déroulement, au suivi de l'examen ainsi que la dose délivrée au patient sur les 2 sites.

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. Des réunions de service sont organisés par les chefs de blocs. 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 par les chefs de blocs et les PCR.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont adaptés en nombre et en compétence à l'activité d'imagerie interventionnelle.

L'ensemble des professionnels concernés (paramédicaux et médicaux) 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. Pour les nouveaux arrivants, un livret d'accueil spécifique bloc est formalisé et un entretien est systématiquement organisé avec la PCR du site.

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'examens.

Les locaux sont identifiés : 1 salle dédiée pour la cardiologie sur le site de Keraudren et deux salles dédiées pour le vasculaire sur le site de Grand large.

Les ressources matérielles sont conformes, adaptées et entretenues.

Les vérifications et la maintenance des appareils sont suivies en lien avec le PCR par le biomédical et avec les constructeurs, ainsi qu'un prestataire.

Les amplificateurs bénéficient de contrôles internes annuels et trimestriels, réalisés par le prestataire, et des contrôles externes annuels par un autre prestataire. Une maintenance annuelle est réalisée sur les dosimètres par un prestataire. Les équipements individuels de protection disponibles sont adaptés à l'activité (tabliers, cache-thyroïde, lunettes plombées, etc.) et leur efficacité est contrôlée annuellement par la PCR.

Les dosimètres passifs et opérationnels sont en place et contrôlés annuellement. Les résultats sont transmis au service de santé au travail.

L'hygiène est assurée entre deux prises en charge, un protocole d'hygiène des bagues et cristallins de recueil de dosimétrie est formalisé.

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, etc.

La traçabilité est organisée. Le compte rendu inclut les données réglementaires exigées.

### 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. Sur le site de Keraudren, les programmations sont effectuées depuis le logiciel dossier patient informatisé, centralisées par le chef de bloc et validées le soir pour le lendemain. Un point est réalisé par l'IDE ou le manipulateur en radiologie. La régulation des activités tient compte de l'activité programmée et urgente.

Pour les interventions programmées, le patient est hospitalisé soit en hospitalisation complète soit en ambulatoire. Lors de sa consultation pré interventionnelle, le patient est informé sur le but de l'opération et ses risques. Son consentement sera alors recueilli.

En coronarographie, l'intervention et la surveillance sont réalisées par le cardiologue assisté d'une IDE et un ou deux manipulateurs en radiologie et du médecin anesthésiste. Le rythme cardiaque du patient est surveillé ainsi que la dose délivrée et l'opérateur est alerté si besoin. Le patient passe ensuite en salle de réveil et est hospitalisé en service de cardiologie. En cas de coronarographie en urgence, le patient est amené par le brancardier soit des urgences, soit de l'USIC, soit par le SAMU directement en salle de coronarographie. Il est pris en charge par une IDE, un manipulateur en radiologie, un cardiologue et un anesthésiste. Son consentement est alors recueilli. Après l'intervention, il est conduit en salle de réveil et est hospitalisé systématiquement en USIC. Ces prises en charge sont formalisées. La check list d'imagerie interventionnelle est informatisée via le DPI et complétée.

Pour le site de Grand large, les programmations sont effectuées depuis le logiciel dossier patient informatisé et centralisées par le chef de bloc. Lors de sa consultation pré interventionnelle, le patient sera informé sur le but de l'opération et ses risques. Son consentement sera alors recueilli. Le patient est opéré et surveillé par le médecin de chirurgie vasculaire assisté de 2 IDE et du médecin anesthésiste. Le patient est ensuite installé en salle de réveil et est hospitalisé en service de chirurgie. Dans un contexte d'urgence, l'interrogatoire est fait au lit du patient ou en salle de d'intervention.

Selon l'intervention, il sera utilisé soit la check liste de bloc, soit la check list d'imagerie interventionnelle. Les 2 étant informatisées via le DPI et complétée.

Les CRO sont remis au patient à sa sortie pour les deux sites et contiennent les informations réglementaires (dosimétrie, temps d'exposition, DMI et produits de contraste utilisés).

Les interfaces sont organisées sur les deux sites entre les différents secteurs : les services cliniques, l'hygiène, le magasin, la pharmacie, le constructeur des appareils, le service informatique, le service bio médical, etc.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi des indicateurs internes quantitatifs (nombre et type d'examen, suivi dosimétrie patient, suivi dosimétrie personnel, exhaustivité du CRO, etc.) et qualitatifs (EI, RMM, CREX, actions réalisées au PAQSS, formations, prélèvements de surface, etc.).

Les événements indésirables du bloc y compris ceux d'imagerie interventionnelle sont revus une fois par mois avec les coordonnateurs de gestion des risques.

Des EPP sont menées (prévention des atteintes physiologiques dues à l'utilisation du produit de contraste, etc.).

Un CREX a été réalisé en coronarographie en février 2018.

Un patient traceur a été réalisé en cardiologie

### A / AGIR

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

Les 6 actions d'amélioration identifiées dans le compte qualité sont suivies par le pilote et responsables de blocs, 5 sont réalisées.

Le pilote du processus est membre du COPIL qualité et des revues de processus " imagerie interventionnelle" sont réalisées en COPIL qualité. Les personnels paramédical et médical sont associés à la mise en place des actions d'amélioration.

Les résultats d'audits sont communiqués en réunion de service et par affichage.

Un bilan de radioprotection est réalisé et présenté annuellement pour les 2 sites en CHSCT .

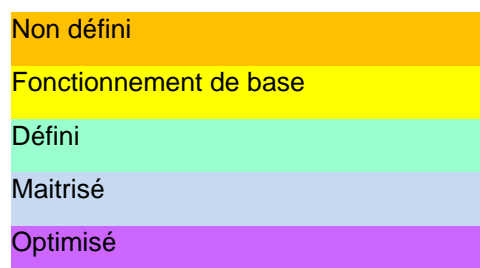
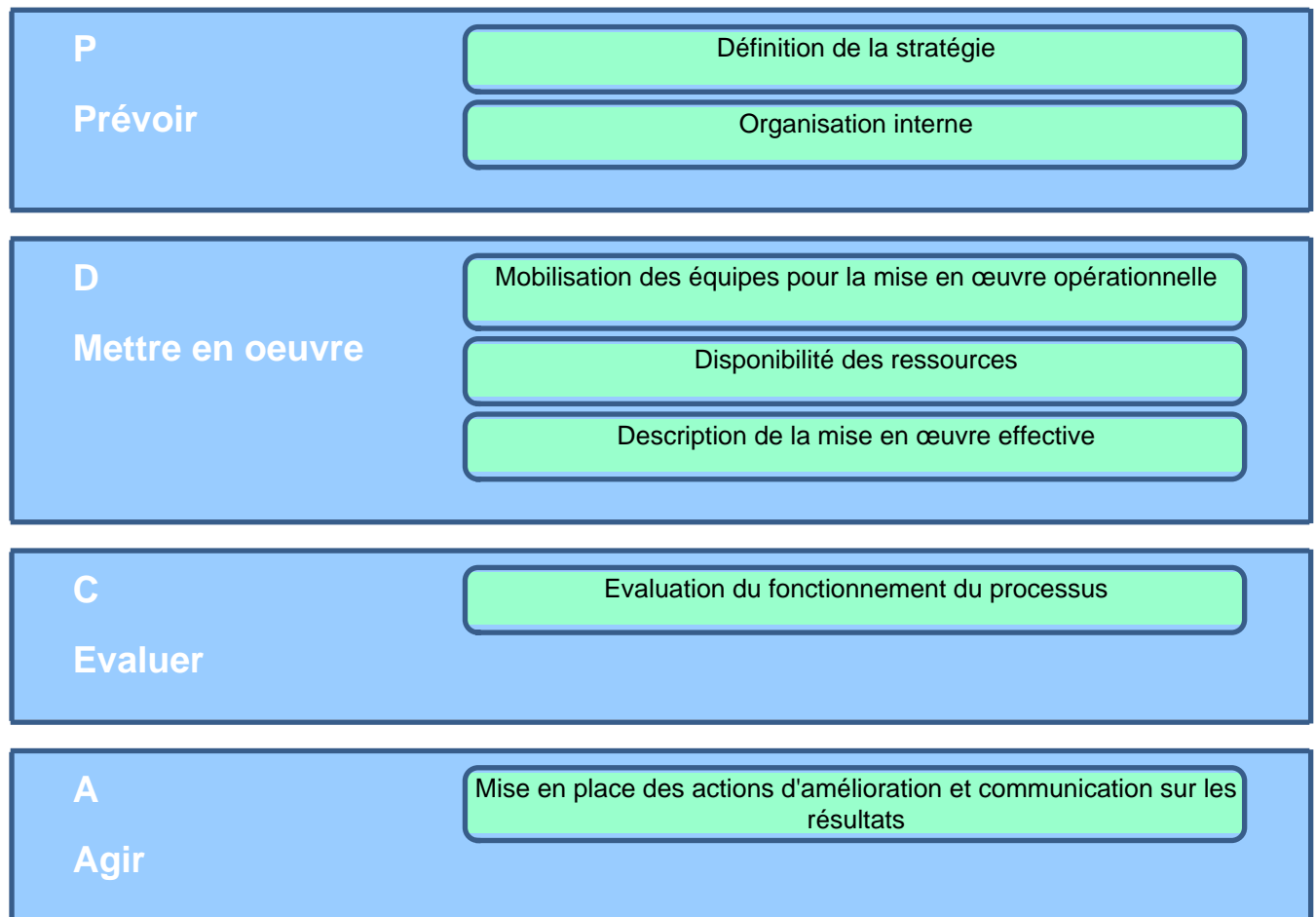
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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**

Le secteur d'endoscopie est présent sur les deux sites du CHPB. Dans les deux cas, il est intégré dans les blocs opératoires :

- 3 salles d'endoscopie sur Keraudren : une de soins externes, une dédiée et une mixte avec la chirurgie. L'une d'entre elle jouxte la salle de traitement des endoscopes (environ 6500 endoscopies en 2017 prise en charge soit en externe, en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle)

- 2 salles du Grand Large avec une salle de traitement des endoscopes. Environ 4000 endoscopies en 2017 prise en charge soit en externe, en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle.

Les deux sites disposent de postes de SSPI.

Les différents types d'endoscopies pratiquées sont essentiellement des coloscopies, des fibroscopies gastrique et bronchique, des cathétérismes rétrogrades, des urétéroscopies, des cystoscopies.

Les praticiens (gastroentérologues, pneumologues et urologues) se partagent les plages opératoires dédiées à l'endoscopie et les vacances nominatives.

Le CHPB a défini pour l'endoscopie ses priorités et identifié des objectifs en lien avec les besoins (une astreinte est présente en endoscopie digestive) et l'analyse de ce secteur d'activité intégré au bloc opératoire.

La politique et les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins (positionnement régional), des données disponibles (IQSS, résultats de la précédente certification, analyse des événements indésirables) des audits et d'une cartographie commune aux deux sites élaborés en 2017 selon le parcours du patient en y intégrant le traitement du matériel. 18 risques ont été identifiés.

La hiérarchisation et la priorisation des risques a permis d'identifier 6 risques prioritaires dans le compte qualité. Les actions d'amélioration ont été validées par le COVIRIS, la CME et la direction de l'établissement et intégrées au PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage est identifié et confié à l'IDE hygiéniste, l'IDE référente de l'endoscopie sur Keraudren, deux gastroentérologues et les deux assistants des chefs de bloc sur Keraudren et Grand Large. Les fiches de missions sont rédigées.

L'organisation du secteur d'endoscopie est totalement intégrée dans les chartes de bloc (Keraudren et Grand Large) et validé par le conseil de bloc (sa composition permet la représentativité de l'ensemble des acteurs des activités intervenant au sein des blocs opératoires). L'endoscopie est placée sous la responsabilité des responsables de bloc, en collaboration avec les pharmaciens, les anesthésistes, l'IDE hygiéniste, le service bio médical et le pilote médical (un gastro entérologue sur les deux sites). Le suivi et le plans d'actions est abordée en conseil de bloc, en réunions de service bloc, en process inter bloc et ponctuellement en COMEDIMS.

La régulation des activités est organisée sur les deux sites par les secrétariats des blocs à partir des programmations d'examen émanant des cabinets médicaux des intervenants (plage horaire et jours dédiées par opérateur défini). La planification suit le fonctionnement défini dans la charte de bloc (programmation soit directement sur le DPI pour certains opérateurs de Grand Large, soit sous forme papier pour Keraudren, planification prévisionnelle en S-1, réactualisation à J-1 et intégration des urgences si nécessaire à J0 soit pendant la vacation soit en fin de vacation selon le degré d'urgence et le type d'examen). Cette planification est informatisée sur un support unique.

Le CHPB a prévu les ressources humaines, documentaires (procédures, protocoles, traitement des endoscopes dans le logiciel électronique dédié), matérielles (locaux, équipements, suivi et maintenance). La permanence des soins est organisée, une astreinte en endoscopie gastrique est en place avec un gastroentérologue et les IDES/IBODES du bloc. Les formations sont en place (compagnonnage pour les IDE) notamment pour le traitement des matériels.

Les modalités concernant la désinfection/décontamination des endoscopes en un lieu unique (un sur chaque site), sa traçabilité, le stockage, et la mise à disposition des endoscopes sont définies, et connus des professionnels et suivis. Une procédure prévoit le nettoyage en cas d'utilisation en urgence (IDE/IBODE formé au nettoyage complet manuel).

Les interfaces entre secteurs (secrétariats médicaux, bloc, ambulatoire, EOH, le bio médical, les fournisseurs) est opérationnel et connu.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des blocs opératoire organise la déclinaison institutionnelle des objectifs et plans d'actions. Il s'assure de la conformité des pratiques en lien avec l'IDE hygiéniste sur ce secteur d'activité.

La démarche qualité au sein du bloc assure la sécurité de la prise en charge endoscopique et diffuse la culture qualité auprès des professionnels intervenants.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation en place permet la définition et le fonctionnement des circuits de prise en charge quel que soit le circuit (ambulatoire, externe)

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériels (locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles.

La régulation des activités est commune avec celles du bloc opératoire (cadres du bloc, programmation unique par les secrétariats des blocs, suivi d'indicateurs, traitement des dysfonctionnements).

Un plan de formation permet, sur les deux sites avec l'IDE référente en endoscopie, la formation par compagnonnage des IDES/IBODES des blocs afin de garantir la sécurité de la prise en charge et le nettoyage des matériels lors des astreintes. Ces formations sont aidées par un livret d'accueil en endoscopie et une fiche d'acquisition des compétences. Le livret d'accueil décrit le secteur, les locaux, le fonctionnement, les endoscopies, les endoscopes, les colonnes, les pinces et anses à biopsie, les règles d'hygiène à respecter, le traitement manuel des équipements. Une fiche de fonction « AS en endoscopie » et IDE bloc en endoscopie complètent le dispositif.

La gestion documentaire est intégrée dans le logiciel électronique documentaire de l'établissement. Les modalités d'accès sont connues des professionnels. Les bonnes pratiques sont fondées sur des procédures et protocoles (traitement des endoscopes de garde, la check List « qui fait quoi », la PEC des patients en endoscopie au bloc opératoire, l'entretien et la désinfection des endoscopes non autoclavables, les bonnes pratiques du prélèvement, le risque ATNC par exemple).

La maintenance est organisée et suivie par l'IDE hygiéniste et le service bio médical. Les contrôles microbiologiques suite au retour de maintenance sont organisés avant remise en activité des endoscopes.

L'organisation des interfaces permet l'échange d'information entre les différents intervenants. La fiche de liaison service bloc/service est informatisée et intégrée au DPI. Un lien avec le DPI entre la SSPI et l'ambulatoire, entre le laboratoire, l'anatomo-pathologie et l'endoscopie est effectif.

La désinfection de endoscopes est assurée dans une salle dédiée (une sur chaque site) avec des professionnels formés. Le traitement manuel est possible ainsi que le traitement automatisé (2 appareils sur Keraudren et 1 sur Grand Large). Un fichier partagé entre le service bio médical et l'EOH permet de suivre les dates de prélèvements, la date d'envoi et de retour de réparation. Le carnet de vie des endoscopes est disponible au biomédical.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit patient définit le déroulement de l'acte. Si le patient est en externe, il est pris en charge sur le secteur ambulatoire, un vestiaire est à sa disposition pour le changement de tenue, il est amené au bloc par le brancardier selon le circuit debout, retour en chaise ou debout.

Pour le circuit ambulatoire avec anesthésie, la consultation d'anesthésie est prise depuis le cabinet du praticien. L'information sur le bénéfice/risque et sur le déroulement de l'examen ainsi que le consentement est remis au patient. Le dossier d'anesthésie est déposé la veille dans le service ambulatoire qui réalise l'appel de la veille, tracé dans le DPI. Le jour de l'examen, l'équipe recueille les différents consentements, vérifie que le recueil du risque ATNC est bien présent, prépare le patient et l'achemine au bloc. Après passage en SSPI, et autorisation des sorties (score Aldrete), le patient revient en ambulatoire et dès que l'aptitude à la rue est possible, il est autorisé à partir. L'appel du lendemain est réalisé.

Dans les deux cas, le patient repart avec son CRO provisoire et les consignes post endoscopie incluse sur celui-ci.

La check List endoscopie est mise en œuvre sur les deux sites. Elle est informatisée et réalisée sur papier. Elle inclue les vérifications nécessaires à la sécurité de la prise en charge.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables est réalisée sur papier sur Grand Large et sur informatique sur Keraudren. L'enregistrement de l'acte (ouverture de salles, du déroulement de l'acte, l'identitovigilance, la traçabilité des opérateurs et assistants) est faite sur le DPI.

Après l'examen, l'endoscope est acheminé dans la salle, les professionnels procèdent aux différentes étapes de désinfection/désinfection, la traçabilité est effective à toutes les étapes. Un système de couleur permet de vérifier immédiatement si l'endoscope est propre ou non. Dès son nettoyage, l'appareil est déposé dans un plateau et enveloppé dans un plastique vert, s'il est sale, un plastique rouge le recouvre. Le stockage des endoscopes se fait verticalement dans des armoires (matériels courts ou longs) sur les deux sites.

Le recueil des évènements indésirables et l'analyse se fait en commun avec le bloc opératoire. 4 évènements ont été identifiés en 2017 sur 61 déclarés autour du risque infectieux, de la préparation et disponibilité des endoscopes.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est commune avec celui du bloc opératoire

Des évaluations quantitatives sont présentes :

- Nombre et type d'actes, TROS et TVO, indicateurs de productivité par rapport aux ETP présentes, ratio ETP/TROS, indicateurs de production, nombre de personnes formés, nombre d'exams dans le cadre de l'astreinte, etc.

Des évaluations qualitatives sont en places :

- Audit sur le recueil de l'ATNC, sur la complétude de la Check List, audit GREPHH 2015 (contrôles micro bio, gestion du risque infectieux, locaux, maintenance et prêt de matériels, suivi et complétude de la procédure de traitement), conformité des prélèvements sur les endoscopes, IQSS DAN, etc.
- Les évènements indésirables sont analysés au sein du CREX bloc après passage au COVIRIS et validation en direction.

Cependant, l'évaluation des pratiques professionnelles autour de la maîtrise des risques évitables associés aux soins n'est pas exhaustive. En effet, le développement de l'EPP n'est pas initié. Des évaluations qualitatives sur la traçabilité du risque ATNC et sur la complétude de la Check List ont été réalisées mais il n'a pas été mis en place d'EPP sur les deux sites autour de la prise en charge et de l'impact patient des actes de ce secteur à risques.

## A / AGIR

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

Les actions identifiées dans le cadre de ce processus ont été intégrées dans le PAQSS institutionnel. Le suivi est annuel lors de la révision du PAQSS. La communication des résultats est réalisée lors des conseils de bloc, et auprès des professionnels lors des réunions de services



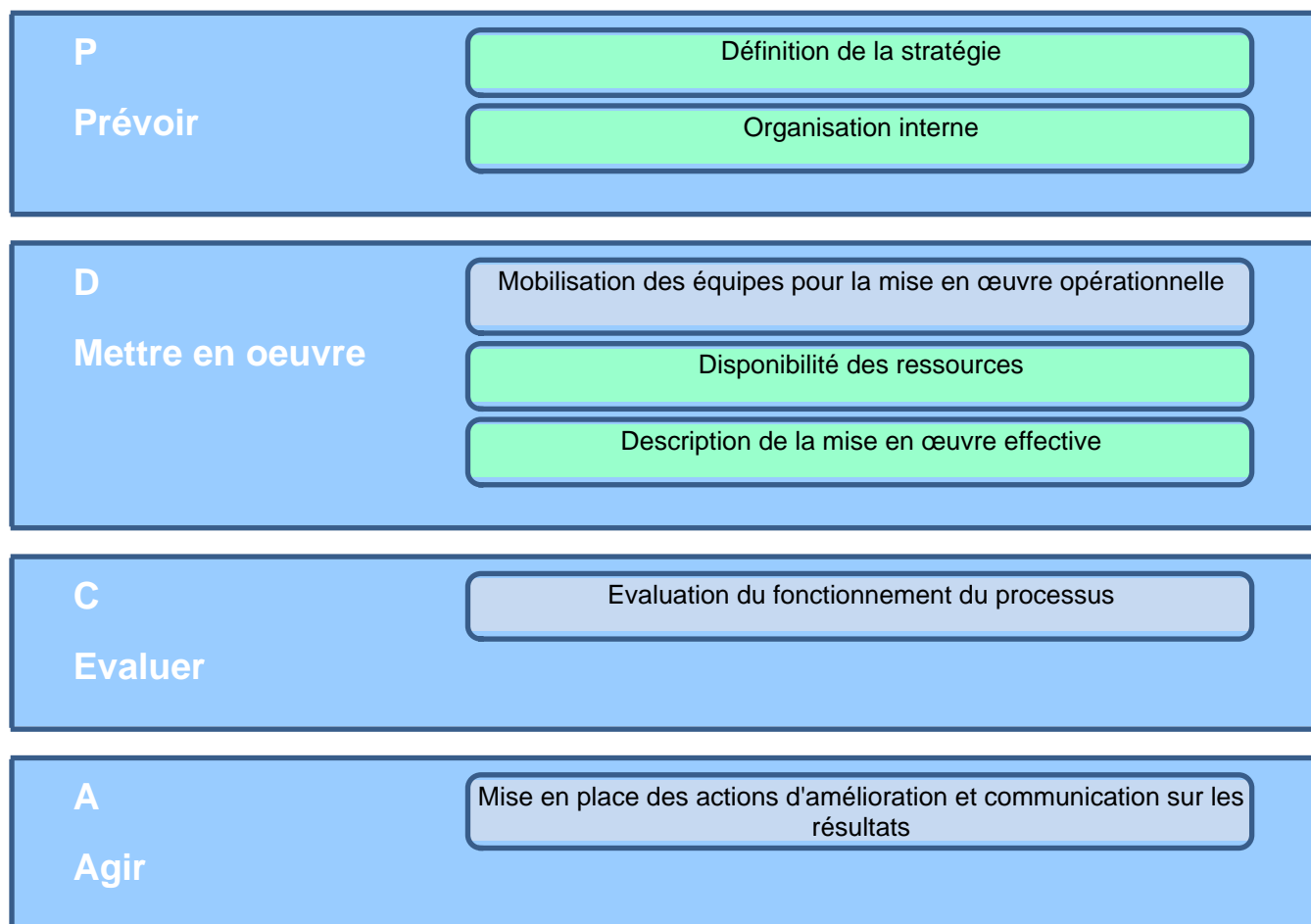
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 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**

Le secteur de naissance de la polyclinique de Keraudren est une maternité de niveau IIa. Il participe au Réseau Périnatalité Bretagne Ouest, le centre de référence étant le CHU de Brest avec lequel des conventions ont été établies. Il est composé de 9 salles d'accouchement dont une salle « physiologique », 1 espace de réanimation néonatale et 1 salle d'opération dédiée aux césariennes.

Un projet de service daté du 15 juin 2016 décrit l'ensemble des projets du secteur qui ont été réactualisés dans la stratégie globale du groupe et lors de la demande de renouvellement d'autorisation périnatalité en 2017. Une politique de la démarche qualité du pôle femme-enfant datant du 08 mars 2018 formalise l'ensemble des objectifs d'amélioration de la prise en charge dans ce secteur avec déclinaison d'un programme d'actions.

Une analyse de risque a été établie à partir d'une description exhaustive des processus de prise en charge au bloc obstétrical. Ce travail pluri professionnel s'est appuyé également sur l'analyse des événements indésirables, des audits et des indicateurs nationaux. La priorisation de ces risques a permis d'identifier sept risques prioritaires dont les plans d'actions sont intégrés dans le PAQSS et finalisés à ce jour.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation du secteur de naissance est décrite dans une charte de fonctionnement qui a fait l'objet d'une révision en avril 2018. Les pilotes ont été désignés. Leurs rôles et fonctions sont définis dans une fiche de missions.

Une politique de la démarche qualité du pôle femme- enfant datant du 08 mars 2018 décrit de façon détaillée le rôle et la responsabilité de chacun ainsi que l'ensemble des instances qui permettent de piloter ce secteur d'activité, notamment les nombreuses réunions pluri professionnelles mensuelles et hebdomadaires. Le fonctionnement de chacune de ces instances est formalisé dans des chartes spécifiques.

La coordination entre les différents secteurs et entre les professionnels est assurée par la sage-femme coordinatrice du secteur. La permanence des soins est organisée. Les effectifs en quantité et qualité répondent à la réglementation applicable à l'activité d'une maternité de niveau IIa. Le plan de formation du secteur est élaboré et prend en compte les besoins des professionnels en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement. Le dispositif d'intégration des nouveaux arrivés est formalisé.

La maintenance préventive et curative des locaux, des équipements et des matériels est structurée et gérée par les services techniques et biomédicaux.

La gestion documentaire est centralisée et informatisée via le logiciel dédié de l'établissement. Le dossier patient est sous forme papier. L'informatisation avec l'outil institutionnel est débutée avec un cahier des charges du partogramme en cours.

Les circuits et interfaces sont définis dans des procédures internes (le service des urgences, le bloc opératoire, la pharmacie, le dépôt de sang, le laboratoire de biologie médicale, le service informatique, etc.).

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Les équipes du secteur de naissance sont impliquées dans le déploiement opérationnel de la stratégie définie avec des objectifs propres au secteur de naissance décrit dans le projet de service.

L'un des axes récurrents dans ce projet est tourné vers « des pratiques professionnelles bien traitantes ». Il s'agit de favoriser les techniques physiologiques telles que l'hypnose pour la gestion de la douleur. Également de proposer une prise en charge globale de la parturiente avec la mise à disposition d'ateliers type « groupe de parole », « allaitement », « bien manger pendant la grossesse », de fiches techniques, de vidéos dans l'outil « Materniteam ».

Le travail en équipe est facilité par la tenue de réunions périodiques (réunion mensuelle du pôle mère-enfant, RCP médico-psycho-social réseau mensuel, staff « mater » hebdomadaire, suivi quotidien des patients, etc.).

Ces objectifs sont portés de façon opérationnelle par un plan d'actions décidé de façon pluriprofessionnelle par exemple au cours des CREX et RMM. Les cadres de proximité du secteur assurent la régulation des activités. Des EPP ont été mise en place et portent sur la pertinence des actes à risques tel que les épisiotomies ou les transferts. Le secteur salle de naissance est impliqué dans le réseau de périnatalité régional.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité d'obstétrique de niveau IIa en nombre et en compétences tant dans le domaine obstétrical, anesthésique, pédiatrique et paramédicaux. Les besoins en ressources sont anticipés en fonction de l'évolution de l'activité. La permanence des soins est effective. La continuité de la prise en charge est effective 24h/24h grâce à l'organisation des équipes de gardes sur place et d'astreintes. Les plannings et les listes de gardes et astreintes sont disponibles et actualisés en temps réel. Le dispositif de formation est mis en œuvre. Les formations inscrites au plan de formation sont mises en œuvre selon l'échéancier établi et les priorités définies pour ce secteur. Des formations ont été réalisées sur les thématiques de la réanimation néonatale et de l'hypnose. Des grilles d'évaluation de l'IDE bloc césarienne et salle de naissance sont réalisées pour les nouveaux arrivants.

La salle de naissance dispose de locaux fonctionnels, leur accès est contrôlé. La salle dédiée aux césariennes est intégrée au secteur de naissance avec une IBODE détachée du bloc opératoire sur place, à proximité immédiate de la salle de réanimation des nouveau-nés. L'accès en urgence à des produits sanguins est organisé via le dépôt de sang localisé à proximité immédiate.

La dotation en matériel est adaptée aux besoins du secteur. La vérification dans chaque salle d'accouchement et dans la salle de césarienne des matériels est opérationnelle. Le contrôle des chariots d'anesthésie et d'urgence pour la mère et pour le nouveau-né sont réalisés et tracés. La mise à disposition des protocoles se fait sur le logiciel de gestion documentaire. Les professionnels disposent de protocoles actualisés de prise en charge de la parturiente. Par exemple, les documents relatifs à l'hémorragie du postpartum ou à la prévention des INBP ont été réécrits suites à des RMM du réseau de périnatalité. L'accès aux dossiers de suivi de grossesse est accessible en cas d'urgence.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les circuits définis dans la charte du secteur obstétrical sont connus et mises en œuvre. Depuis l'entrée au bloc obstétrical jusqu'à la sortie de la salle de surveillance post accouchement, la prise en charge de la parturiente et du nouveau-né est maîtrisé.

Le dossier obstétrical est sur papier jusqu'à la sortie de la salle de surveillance post accouchement. Les données nécessaires à la sécurisation de la prise en charge sont disponibles en temps utile. La surveillance du travail et du post-partum immédiat est tracée sur un partogramme, l'analgésie est réalisée selon le choix de la parturiente.

La traçabilité des différents temps de la prise en charge de la mère et de l'enfant est effective. La prise en charge de la parturiente en urgence est réalisée avec une évaluation régulière du temps de prise en charges sur dossier.

Les CREX, RMM sont opérationnels et sont partagés au sein du réseau de périnatalité Bretagne occidentale. À la suite des RMM, des formations sur la prise en charge du plexus brachial ont été mises en place. Des soirées d'enseignement post universitaire des cliniques Keraudren-Grand-Large sont proposées à l'ensemble des professionnels (péridurale déambulatoire, évolution des pratiques de l'épisiotomie).

### **C / EVALUER**

#### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

Le secteur de salle de naissance assure l'évaluation le dispositif de prise en charge de la patiente et du nouveau-né. Dans le cadre du Réseau de périnatalité de Bretagne occidentale, de nombreux indicateurs réseau, qualitatifs et quantitatifs, sont suivis (indicateurs de tenue du dossier parturiente, DMS, nombre d'adhésions PRADO, taux de satisfaction). Un outil commun sur le RPBO hémorragie du post parfum mis en place par un interne du CHU est complété par l'établissement et analysé sur l'ensemble des maternités du réseau.

L'établissement participe à la RCP médico-psycho-social du réseau et utilise la fiche de liaison spécifique pour les grossesses à haut risque avec les sages-femmes de la PMI mise en place récemment à la suite d'une RMM réseau. La sagefemme coordinatrice du pôle mère-enfant centralise le recueil des indicateurs qui sont analysés lors des réunions des services mensuelles pluriprofessionnelles. Des patients traceurs ont été réalisés dans ce secteur.



Les professionnels sont fortement impliqués dans la déclaration des dysfonctionnements et participent au CREX, réunion hebdomadaires avec le service qualité pour traiter les EI. Des RMM internes à l'établissement et du réseau de Périnatalité Bretagne Ouest sont réalisées.

La démarche d'accréditation individuelle des médecins est faite par l'ensemble des gynécologues et une démarche d'accréditation collective de ces gynécologues est engagée.

Des « petits déjeuners » à deux mois de l'hospitalisation sont organisés dans le secteur pour recueillir à cette occasion les remarques/ satisfaction des parturientes.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS de l'établissement. L'efficacité des actions mises en œuvre est évaluée par le suivi d'indicateurs et les résultats d'audits.

La communication sur les actions d'améliorations et les résultats des évaluations est assurée auprès des professionnels lors des réunions d'équipe hebdomadaires et mensuelles. Au décours de RMM des actions d'amélioration ont été mises en place. Par exemple de nouveaux protocoles et procédures de « qui-fait-quoi » ont été définis et diffusés aux professionnels sur la prise en charge des codes rouges en moins de 15 min ou encore la mise en place d'une « check-list de sortie de la salle de réveil d'une parturiente ».

L'EPP sur la pertinence de la réalisation de l'épisiotomie a fait l'objet d'une procédure de bonne pratique sur l'établissement et la mise en place d'indicateurs par praticien rapporté au taux d'épisiotomies national.