



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE FRANCOIS
CHENIEUX - CLINIQUE
EMAILLEURS-COLOMBIER
LIMOGES**

**18 Rue du Général Catroux
87039 Limoges
JUILLET 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	28
DOSSIER PATIENT	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	52
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	56

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE FRANCOIS CHENIEUX	
Adresse	18 rue du général catroux 87039 Limoges
Département / région	HAUTE-VIENNE / POITOU-CHARENTES/LIMOUSIN/AQUITAINE
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
GCS de moyens	GCS1063	GCS LIMOUSIN STERILISATION	92,rue albert thomas 87000 LIMOGES
GCS de moyens	870016938	GCS EPSILIM	4, avenue de la révolution 87000 LIMOGES
Entité juridique	870017415	SAS POLYCLINIQUE DE LIMOGES	87039 LIMOGES
Etablissement de santé	870000411	CLINIQUE EMAILLEURS- COLOMBIER LIMOGES	1 rue victor schoelcher 87038 Limoges
Etablissement de santé	870000288	CLINIQUE FRANCOIS CHENIEUX	18 rue du général catroux 87039 Limoges

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	224	/	61
MCO	Gyneco-Obstétrique	48	/	/
MCO	Médecine	197	16	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
---	--

Coopération avec d'autres établissements	GCS Stérilisation de moyen entre la Polyclinique de Limoges le centre médico chirurgical « Les cèdres »
Regroupement / Fusion	Opération de fusion juridique entre les 3 cliniques privées (Colombier, Chénieux et Emailleurs) de Limoges réunies sur 2 sites (Le site du Colombier a été définitivement fermé le 31 décembre 2014).
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Unité de soin intensif de cardiologie en 2014

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandation d'amélioration

Gestion du risque infectieux

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 appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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 endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	Néo colon	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Coloscopie	Programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie HC	Fracture cheville	Urgences	Complexe	MCO
4	Adulte	Obstétrique	Accouchement VB	Urgences	Complexe	MCO
5	Adulte	Obstétrique	Césarienne	Programmé	Simple	MCO
6	Adulte	Chirurgie HC	Chirurgie bariatrique	Programmé	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

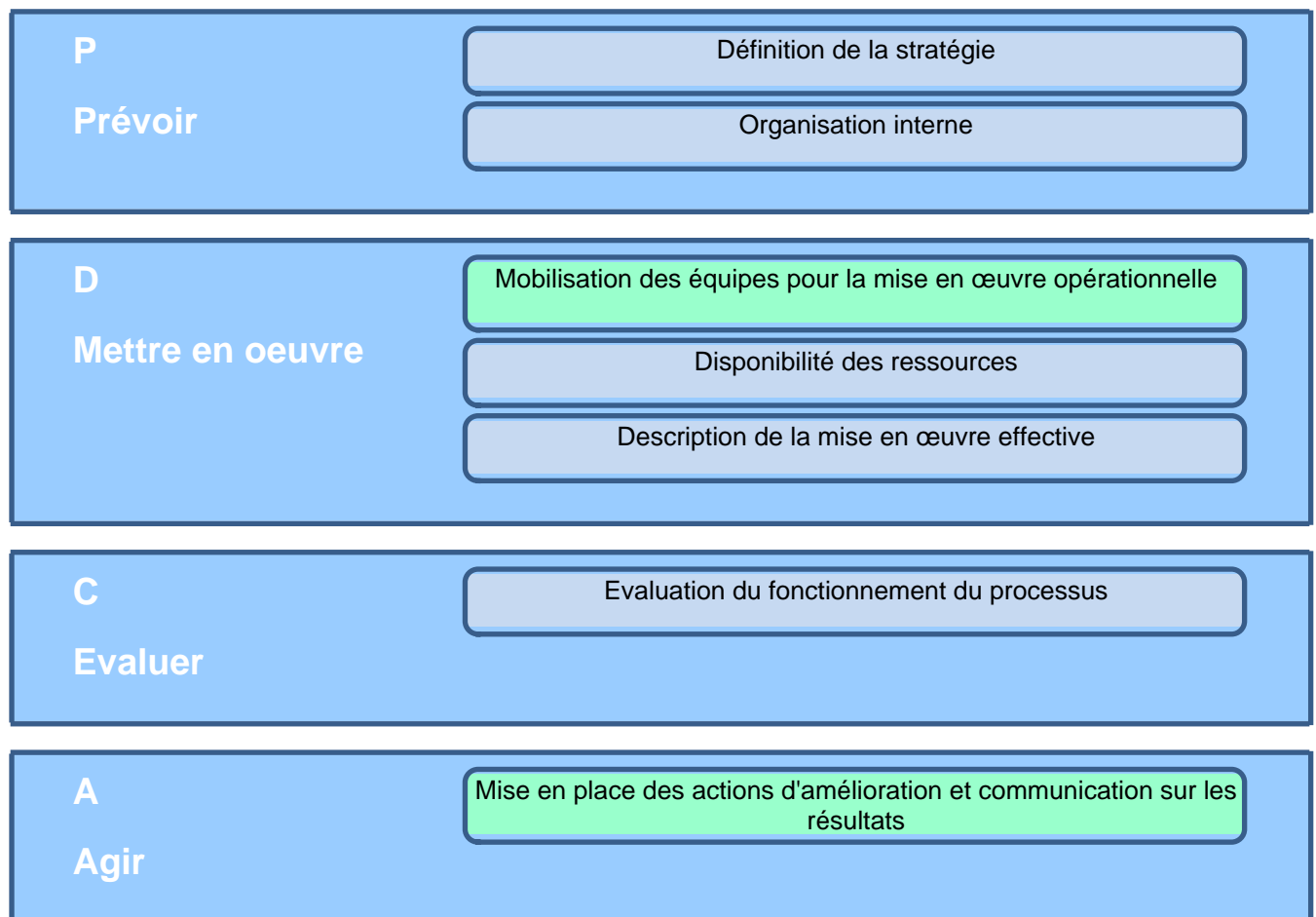
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique qualité gestion des risques ancienne, est actualisée, validée par le CA (présidé par un médecin) et la CME. Elle définit l'engagement de la Direction et de la CME. Elle est affichée dans tous les services et figure dans le livret d'accueil du patient.

Les objectifs ont été élaborés sur la base de l'identification des risques au sein de la cartographie, des missions propres à l'établissement, et du contexte de fusion de trois cliniques finalisée en janvier 2015. Par ailleurs, « Améliorer la qualité et la sécurité des soins » est un objectif fixé dans l'annexe 3 du CPOM 2012-2017.

La politique EPP est également formalisée et connue.

Le compte qualité a été élaboré de façon pluridisciplinaire à l'appui des données d'entrée : résultats de la certification, IQSS, indicateurs spécifiques à l'établissement, fiches de signalement des événements indésirables (EI), cartographie des risques a priori.

Les risques des processus sont priorisés avec les professionnels selon une grille de criticité à 5 niveaux, le niveau de maîtrise est déterminé.

Les risques thématiques sont présentés en CME. Un point compte qualité est réalisé à chaque CME.

Le PAQSS est annualisé, il comprend l'ensemble des plans d'actions, notamment ceux déterminés lors de l'élaboration du compte qualité. Il définit les objectifs, les actions, la source de l'action (EI, compte qualité, réglementation, CPOM, etc.), les responsables, les échéances, les modalités de suivi, indicateurs... Il est présenté aux instances dont la CDU.

Les représentants des usagers ont été invités à participer à l'audit de processus « droits des patients » et ils sont invités aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Il existe une organisation structurante pour piloter le processus. Le pilote du processus désigné est la RAQ.

La coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins est nommée. Leur fiche de mission est définie, elle est signée par les deux présidents de CME.

Dès la fusion en 2015, une mutualisation des instances est recherchée.

Le CEGERISQ (Comité de surveillances des fiches de signalement) assure la gestion des événements indésirables et se réunit tous les huit jours sur le site de Chénieux et tous les 15 jours sur le site des Emaillieurs.

Le QUAVIRISQ est chargé du suivi du programme qualité/risques.

Le CODIR se réunit deux fois par mois, la CME tous les deux mois, La commission EPP trois fois par an.

Les instances réglementaires sont en place : CME, CLUD, CLAN, COMPRIME, CDU, une CSIRMT sur chaque site, pilotée par les Directrices de soins respectives. La RAQ participe à chaque CME.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, la polyclinique a prévu les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés :

- Au niveau ressources humaines, le plan de formation organise les formations relatives à la qualité/gestion des risques, notamment avec les formations DPC,

- La gestion documentaire est informatisée,

- Le recueil des événements indésirables est formalisé dans le document « Déclaration de non-conformité » version 6. Ainsi tout professionnel exerçant à la polyclinique sur le site de la clinique François Chénieux qui se trouve confronté à un événement indésirable quelle qu'en soit la gravité, a l'obligation d'en faire la déclaration après avoir mis en place des solutions immédiates. Une charte d'incitation au signalement interne est formalisée.

- La stratégie de développement des EPP s'appuie sur un déploiement des démarches au sein de l'établissement prenant en compte les enjeux de prise en charge. Les responsabilités sont déterminées par EPP.

- La gestion des plaintes et réclamations est formalisée. L'articulation entre le système de gestion des plaintes et réclamations et le dispositif de gestion des événements indésirables est réalisée par la RAQ.

- Les plans de maintenance font l'objet d'une GMAO. Un programme d'amélioration de la qualité spécifique au service technique et biomédical est formalisé.

- Le déclenchement de la cellule de crise fait l'objet d'une procédure actualisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle est assurée par les Directrices de soins, l'encadrement, la responsable qualité, La gestionnaire de risques associés aux soins, la Facility Manager, les présidents de

CME. Les pilotes de processus suivent l'avancée des démarches programmées lors du compte qualité. L'encadrement est réuni toutes les semaines avec les référents et les personnes ressources selon les thématiques abordées. Les cadres déploient l'information auprès des professionnels de terrain. Le compte qualité est devenu un outil managérial opérationnel, régulièrement évalué et mis à jour, programmant d'autres axes d'amélioration. Les risques du compte qualité sont diffusés dans un fichier Excel partagé, au sein du journal interne, explicités au sein des réunions de services, de la CME, de la commission de soins infirmiers et dans les autres instances. Par ailleurs, la direction incite les professionnels à s'engager dans la déclaration de tout évènement indésirable et s'inscrit dans une culture non punitive de la faute.

L'établissement a mis en place une démarche de développement DPC début 2013, a déposé en 2014 une demande d'agrément et a créé la commission DPC et les premiers programmes comme par exemple : « approfondissement des outils d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins », « gestion des risques et des EI ».

Le responsable du service technique et biomédical a mis en place une GMAO permettant d'organiser la maintenance préventive et curative. A cela, s'ajoute une planification murale qui précise mois par mois les maintenances internes et externes à suivre puis une déclinaison par agent. Un référent qualité biomédical et un référent qualité services techniques sont désignés, ils suivent les actions d'amélioration réalisées et à mener. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité spécifique est formalisé.

La politique d'évaluation est intégrée au quotidien, supervisée par l'encadrement et la RAQ.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La clinique dispose d'un service qualité et son organigramme est défini. Les compétences et missions qualité/Risques sont réparties entre la RAQ, la coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins, le RAQ « prise en charge médicamenteuse », une IDE DPI pour le développement du système d'information, une secrétaire et une assistante qualité.

La coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée. Les vigilants sont nommés et le tableau des vigilances est disponible dans le logiciel de gestion documentaire.

Les déclarations des évènements indésirables sont saisies sur le logiciel mis à disposition des professionnels via des codes personnels d'accès. La charte d'incitation à la déclaration des évènements indésirables a été diffusée en mai 2016.

L'établissement dispose d'un logiciel de gestion documentaire, il contient les protocoles et procédures, les comptes rendus des instances, les enregistrements, il permet de valider le DPC des professionnels. L'accès pour la recherche d'un document est facilité. Cette recherche de documents se fait soit par moteur de recherche (mot clé), soit par thématique. Les procédures sont actualisées. Le nombre d'ordinateurs est suffisant pour permettre l'accès de tous les professionnels à cette gestion documentaire.

Les formations à la sécurité incendie sont organisées tous les mois pour les professionnels des deux sites, elles sont assurées par un agent qualifié SSIAP2.

Des formations aux déclarations sont régulièrement réalisées au sein de l'établissement aux professionnels.

De nombreuses formations sont réalisées : formation au compte qualité, au patient traceur en aout 2014, chambre des erreurs en maternité, semaines de la qualité, semaine sécurité, à l'utilisation du logiciel de gestion documentaire.

Une journée d'accueil des nouveaux salariés est réalisée une à deux fois par an. Les thématiques abordées traitent : des ressources humaines, du tutorat, d'une présentation du service PMSI, de l'organisation des soins (Dossier patient informatisé, cadre de garde, hémovigilance), des tickets informatiques/techniques, des instances CLUD, CLAN, CLIN, CRU, de l'organisation Qualité/gestion des Risques, de la certification, du logiciel de gestion documentaire et de déclaration des évènements indésirables, de l'identitovigilance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La méthodologie patient traceur a débuté en février 2014, avec une mise en place progressive et effective, à partir de mars 2015, en orthopédie, en chirurgie ambulatoire, en ophtalmologie, en endoscopie, à la maternité puis généralisée à tous les services.

Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont prises en compte. Les EPR déclarés par les praticiens auprès de leur société savante sont analysés au même titre que les évènements déclarés sur le logiciel informatique et suivis par le service qualité/risques.

La gestion documentaire est utilisée par tous les professionnels, la recherche des procédures par mots clé sur le logiciel permet un accès facile au document recherché.

Les déclarations sont systématiquement intégrées au dispositif de gestion des évènements indésirables. La fiche est ensuite analysée et traitée en cellule de gestion des risques (CEGERISQ) avec les gestionnaires des risques, la responsable qualité, les directrices des soins et les cadres de santé, les pharmaciens, le service informatique, le service biomédical ou technique. Tout dysfonctionnement médical est transmis systématiquement au coordonnateur des risques liés aux soins. La criticité est réalisée en séance et pour les évènements le nécessitant, une analyse des causes profondes est envisagée pour tout évènement critique (CREX, REMED). Pour chaque fiche de déclaration, une réponse est apportée dans les plus brefs

délais. Une présentation des fiches relatives à chaque secteur d'activité est faite pour décider des actions d'amélioration à mettre en place.

Les praticiens proposent des sujets de RMM.

Le lien est établi entre les plaintes ou réclamation et les EI graves : les plaintes et réclamations sont saisies dans le même logiciel que celui du système de gestion des EI. Un bilan des déclarations des événements indésirables est présenté en CDU.

La veille règlementaire est assurée par la Direction. La gestion de crise a été actualisée en juin 2016, elle figure dans le plan blanc. Des exercices de simulations sont organisés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une visite à blanc a été réalisée les 2, 3, 4 mai 2016 par un consultant externe, elle a permis d'identifier des axes d'amélioration.

Le compte qualité a été actualisé. Il permet de mesurer les avancées réalisées les derniers mois.

Les EPP couvrent l'ensemble des secteurs d'activité, les thématiques choisies représentent des enjeux de prises en charge.

Par exemple :

- Le service de radiologie, ayant constaté l'augmentation de bons de demandes d'examens radiologiques non remplis de façon complète, a réalisé une EPP sur cette thématique.

- Des audits sont réalisés sur le dossier transfusionnel et la pertinence de l'utilisation des PSL par un groupe de travail pluridisciplinaire avec des praticiens de chaque site.

- La conformité du dossier en soins palliatifs est analysée annuellement, etc.

Cette mise en œuvre a également été constatée au cours des entretiens lors des patients traceurs.

La clinique participe aux enquêtes du CCLIN.

Différentes enquêtes de satisfaction sont menées à l'appui d'un questionnaire identique sur l'ensemble de la structure. Une enquête spécifique sur le retour à domicile à la maternité est suivie.

Un questionnaire croisé avec le prestataire est réalisé mensuellement sur la restauration.

La clinique a participé aux enquêtes ISATIS. Elle a fait l'acquisition du logiciel utilisé par l'ARS, ce qui lui permet de faire l'étude par service. Les résultats sont transmis par service.

Une enquête a été réalisée en février 2016 pour connaître la perception des médecins correspondants externes, concernant la qualité de la prise en charge des patients ainsi que la qualité des échanges avec la polyclinique.

La clinique dispose de tableaux de bord d'indicateurs : indicateurs d'activité, de processus, de pratiques cliniques, de résultats. Elle suit les indicateurs nationaux, régionaux et ceux identifiés en interne par les professionnels.

Le service technique suit également l'avancée de ses activités sur la base d'un tableau de bord d'indicateurs.

Les résultats de l'ensemble des évaluations réalisées sont exploitées et conduisent à la définition d'amélioration.

A / AGIR

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

Suite aux différentes évaluations, des mesures correctives sont mises en œuvre comme par exemple, l'embauche d'un mi temps supplémentaire de diététicienne après l'audit " Day Nutrition ", la mise en place de formations, le réajustement de procédures, l'élaboration de check-list, de programme de travaux, etc.

Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats ainsi que le compte qualité.

De nombreuses actions de communication sont réalisées : réunions d'information, communication sur le compte qualité aux instances (CODIR, CME, CDU) et à l'ensemble des professionnels, affichages, résultats disponibles sur le logiciel documentaire, journées portes ouvertes, café qualité, semaine sécurité, journal interne, journées d'information sur la certification, programme télévision...

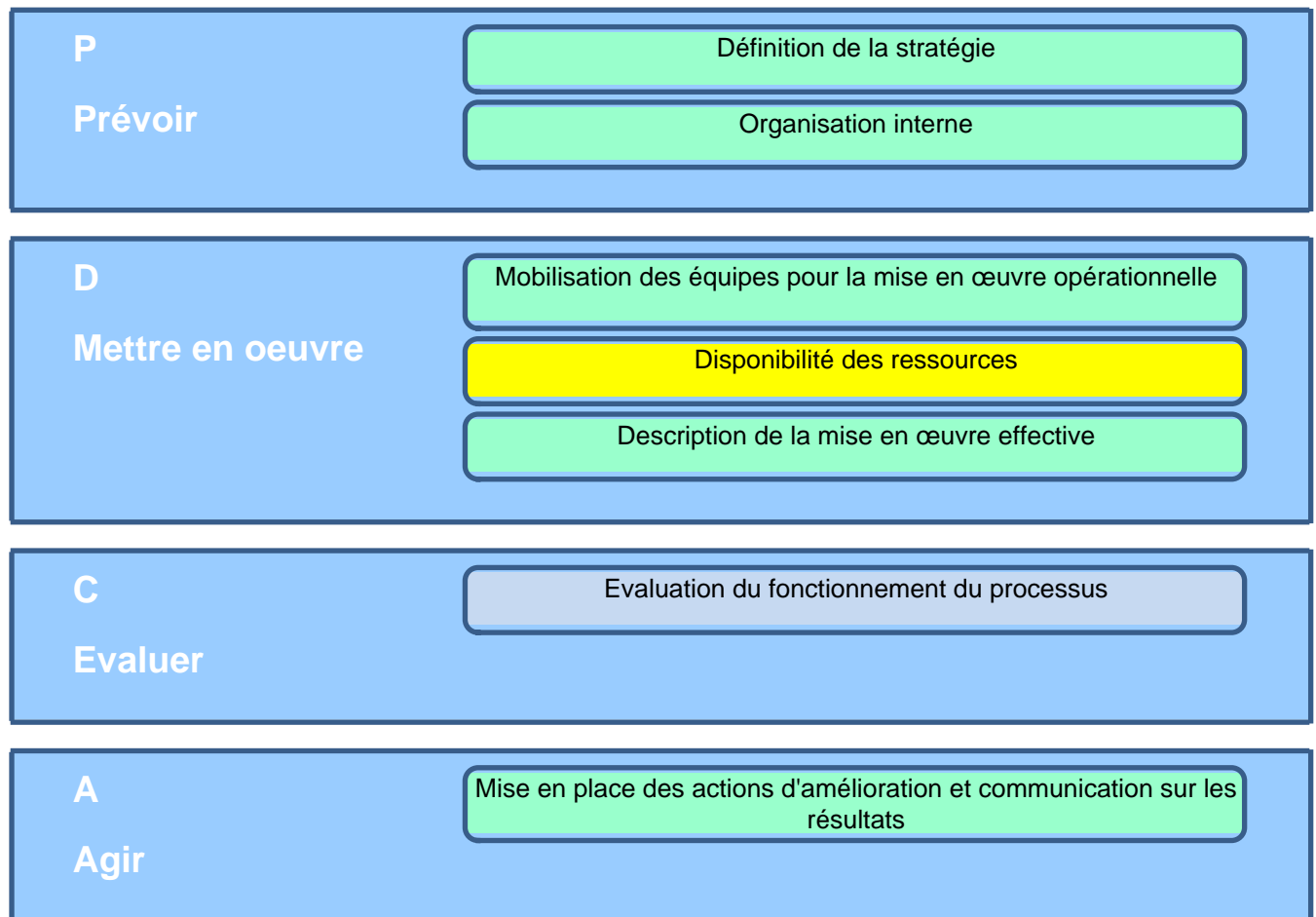
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de maîtrise du risque infectieux de la polyclinique Chénieux est définie en concertation avec les présidents de CME et la direction, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Elle s'applique à tous les secteurs médicaux, chirurgicaux et obstétricaux de la clinique Chénieux. Elle permet la mise en œuvre d'un plan d'actions de prévention et de lutte contre les infections associées aux soins en référence au PROPIAS de juin 2015 et repose sur :

- Le suivi des indicateurs nationaux,
- La maîtrise des risques environnementaux,
- L'élaboration et la mise en place de protocoles et de procédures en lien avec le risque infectieux,
- La participation à l'évaluation des pratiques professionnelles et la mise en place d'actions correctives,
- La formation et l'information sur le respect des règles d'hygiène,
- La surveillance des infections associées aux soins (IAS) et de l'écologie microbienne de l'établissement dans une stratégie d'optimisation du bon usage des antibiotiques,
- Des signalements internes et externes des IAS le nécessitant et une gestion des événements à potentiel épidémique.

Il existe une stratégie élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement incluant les résultats des visites de certification et du recueil des indicateurs nationaux. Cette stratégie a été validée par les instances concernées et déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La cartographie des risques a été élaborée avec l'aide de la responsable qualité et un plan d'actions qualité et sécurité a été formalisé, après analyse et qualification des dysfonctionnements. Un compte qualité sur chacun des sites Chénieux et Emailliers a été mis en place.

Le programme annuel s'appuie sur plusieurs axes : La prévention, la formation le plus souvent sous format DPC, la gestion des crises et des alertes, la surveillance des IAS, tant à l'échelon national que régional, la lutte contre les BMR, l'évaluation des pratiques, l'analyse des causes sur les EI graves signalés.

Les responsables des actions sont identifiés et leur mission est déroulée en mode projet (objectifs, moyens, échéancier, modalités de suivi).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, tant pour la gestion de l'hygiène (les trois présidents de CLIN) que pour la promotion du bon usage des antibiotiques (les deux médecins infectiologues). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Il existe un CLIN dans chaque structure Chénieux et Emailliers qui s'appuie sur des praticiens biologistes et chirurgicaux, membres du CLIN, et sur deux vacations de médecins infectiologues (avec fiche de mission) pour maîtriser les bonnes pratiques des antibiothérapies et les résistances bactériennes aux antibiotiques. Les CLIN ont rédigé un règlement intérieur unique aux deux structures. Les avis donnés par le médecin infectiologue sont possibles tous les jours de la semaine, sur les deux sites. En revanche, il n'existe pas de temps médecin hygiéniste. Il existe néanmoins un médecin au sein de l'EOH (mais non hygiéniste), des correspondants en hygiène dans tous les secteurs, une IDE Hygiéniste à temps plein qui coordonne les actions proposées par les membres du CLIN, et des IBODE titulaires d'un DU d'hygiène mais sans temps spécifique dédié à l'hygiène Hospitalière.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires : le système documentaire est mis à jour, les professionnels ont accès en ligne à toutes les procédures (antibioprophylaxie, antibiothérapie de première intention...).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Il y a des correspondants en hygiène dans tous les services, les CLIN collaborent avec les responsables qualité et gestion des risques associés aux soins, en particulier en cas d'épidémie, de non conformités environnementales ou de gestion de crise. Le système informatique permet le dialogue et l'échange d'informations notamment avec la bactériologie qui alerte les services à chaque patient porteur de BMR. Il existe un système permettant la reconnaissance informatique à l'entrée d'un patient connu par l'établissement porteur de BMR.

La gestion des alertes est organisée (mail, fax, téléphone).

Le plan de formation intègre les nouveaux personnels et favorise l'accès à la formation continue grâce aux DPC de l'établissement (établissement ODPC), aux travaux communs avec l'ARLIN et à la participation à des congrès.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle, des objectifs annuels sont fixés et les indicateurs sont déclinés par service (ICSHA par exemple). Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. La participation des professionnels intervient principalement sur le signalement a posteriori des dysfonctionnements. Ils sont concertés pour le choix des produits d'hygiène et de protection (masques, sur chaussures, aiguilles sécurisées, et autres matériels en lien avec le risque infectieux).

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats. Les missions de l'infirmière hygiéniste intègrent l'appropriation des organisations, la surveillance de la mise en œuvre des plans d'actions et leur évaluation dans les services. Les professionnels sont destinataires des résultats des indicateurs au cours des réunions de service et via intranet où sont également déposés les powerpoint et les comptes-rendus des réunions concernant la maîtrise du risque infectieux sur les deux sites. Les tableaux de suivi des indicateurs et des actions d'amélioration sont publiés, commentés et sont à l'origine de plans d'actions d'amélioration. Les EPP traitant de problématiques opérationnelles (précautions standards, complémentaires, hygiène des mains, gestion des chambres implantables...) contribuent à mobiliser les professionnels autour de leurs pratiques ainsi que leur participation aux RMM (taux d'ISO) et aux CREX (en cas de BHRé) faisant suite à l'analyse des causes profondes des EI graves.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formations) sont disponibles dans les secteurs.

L'équipe opérationnelle d'hygiène se compose de plusieurs praticiens volontaires, d'une IDE hygiéniste à temps plein et de plusieurs infirmières sur chacun des sites. Cette équipe assure une permanence dans le cadre de la lutte contre les infections associées aux soins, avec l'appui des structures régionales. Il existe un réseau de professionnels médicaux, paramédicaux et administratifs référents en hygiène hospitalière qui permet la mobilisation et facilite les actions concernant la gestion des risques infectieux dans les deux établissements.

Les actions de formation en interne sont continues dans l'ensemble des services et en externe (DPC). Les professionnels se forment en participant aux travaux communs avec l'ARLIN et à des congrès.

L'EOH est concertée avant et pendant tout projet de travaux et met en place des réponses adaptées en cas de problèmes structurels (environnementaux) mais aussi pour le choix des matériaux, l'efficacité des confinements. Les ressources en matériel sont en quantité suffisante pour l'entretien et l'hygiène des locaux, toutefois les locaux et matériels mis à disposition ne sont pas tous conformes à la réglementation :

- Il n'existe qu'un seul laveur désinfecteur (LD) de bassins et de bassines pour 50 lits alors que les recommandations sont de un LD pour 15-20 lits. De ce fait, il existe des douchettes dans toutes les salles de bain des deux sites pour nettoyer les bassins des patients dans les chambres, ce qui est contraire aux bonnes pratiques de gestion des excréta et des BHRé. Toutefois, le nouveau bâtiment du site de Chenieux (service d'oncologie, pneumologie, cardiologie, USIC) a été conçu en 2014 sans douchette.

Cette non conformité a été repérée par l'établissement et elle est incluse dans un plan d'actions permettant de travailler sur la mise en place de laveurs désinfecteurs de bassin, et sur la suppression des douchettes et des bras morts associés dans chaque salle de bain des patients, en collaboration avec les services techniques.

- Sur le site de Chénieux, il n'existe pas d'étagères pour ranger les bassins et urinaux.

- Par ailleurs, les locaux de stockage des déchets à risque dans les services ne sont pas sécurisés. En effet, il n'existe pas de fermeture des locaux de stockage intermédiaire des DASRI sur l'ensemble de l'établissement. Le local central des DASRI a été sécurisé en cours de visite (digicode dysfonctionnant).

-Les témoins de surpression KIMO ne sont pas opérationnels sur les blocs d'orthopédie.

Il existe en oncologie une chambre à pression positive, une chambre à pression négative et une chambre en pression switchable pour les patients avec des neutropénies majeures inférieures à 100. Cette configuration dans des nouveaux locaux n'était pas connue, une meilleure utilisation de ces chambres permettra une réduction du risque infectieux environnemental car lors de la réunion avec le CLIN, il est noté l'existence d'infections associées aux soins chez les patients immunodéprimés.

Les ressources en documentation actualisée sont accessibles à partir de postes informatiques sur la GED de l'établissement. Elles sont particulièrement riches en quantité, en qualité, et en termes de gestion des risques (procédures accompagnées d'évaluation).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient dans chacune des spécialités.

Des packs ont été prévus en cas d'entrée de patient porteur de BHRé dans un service de l'établissement. Des procédures ont été élaborées par et avec les médecins infectiologues concernant l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie de première intention dans l'établissement.

Les CLIN se réunissent trois fois par an sur chaque site et font une réunion commune en présence des représentants des usagers (le bilan LIN est également présenté en CDU et les usagers sont formés aux

indicateurs du CLIN). Les correspondants transmettent les messages en temps réel aux différentes catégories soignantes et non soignantes de l'établissement. Malgré l'absence d'un praticien hygiéniste, il faut noter une grande réactivité et un grand professionnalisme qui permet de maîtriser la plupart des risques infectieux associés aux soins dans l'établissement.

L'organisation générale de l'entretien de locaux est formalisée et supervisée par un responsable de l'établissement et un responsable de la société sous traitante. En effet le bio nettoyage des services (sauf les postes de soins) et des blocs opératoires sont effectués par une société sous traitante bénéficiant d'une certification ISO 9001 version 2015.

Les contrôles environnementaux sont assurés ; la surveillance des points d'eau, de l'air et des surfaces est effectuée selon un calendrier formel, les endoscopes bénéficient également de prélèvements en conformité avec les bonnes pratiques.

Les procédures élaborées par et avec les médecins infectiologues concernant l'antibioprophylaxie et l'antibiothérapie de première intention dans l'établissement sont mises en application par les médecins. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, y compris pour la réévaluation de l'antibiothérapie à 48h. Il existe une traçabilité informatique et un suivi des patients porteurs de BMR dans l'établissement. Le bionettoyage est tracé et doublement évalué par la clinique et par la société prestataire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise des risques infectieux à l'aide d'audits, d'EPP, de RMM, de CREX et de suivis d'indicateurs nationaux et d'indicateurs propres à l'établissement qui permettent d'améliorer la qualité du processus.

Toutes ces données sont recueillies dans les bilan LIN annuel Emailliers-Colombier et Chénieux visibles sur le site Scope santé. Les tableaux de bord d'indicateurs sont suivis, affichés et insérés dans le livret d'accueil, remis à jour annuellement et s'améliorent à chaque recueil.

Les indicateurs SHA sont disponibles par service et par mois ce qui favorise leur utilisation. L'établissement participe aux enquêtes et aux audits nationaux. Les bilans de ces évaluations sont présentés aux instances. Des audits sur les précautions standard, sur le "zéro bijou", sur les précautions complémentaires, la préparation cutanée de l'opéré, l'endoscopie, les sondes urinaires ont été pratiquées sur l'année écoulée. Il existe une procédure de gestion des crises et des alertes performante qui a été mise en place lors de l'accueil d'un patient contact BHRé provenant du CHU. Le signalement des IAS mobilise l'ensemble de l'EOH qui mène l'enquête. De nombreux groupes de travail (risques liés à l'environnement, l'endoscopie, les AES, la gestion des déchets, des excréta, le bionettoyage) contribuent à l'optimisation et à l'homogénéisation des pratiques et à la maîtrise des risques infectieux.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration du dispositif au regard des résultats obtenus sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les événements indésirables sont analysés et engendrent des plans d'actions avec pilote et échéancier. Ces actions correctives sont suivies et communiquées aux professionnels de l'établissement. Des supports et modalités de diffusion sont établis, les résultats des indicateurs sont affichés dans les halls des deux établissements et dans les zones d'activité.

La communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. L'analyse des résultats des diverses surveillances et le suivi des indicateurs de LIN sont communiqués aux professionnels et aux usagers. Les performances de l'établissement sont actualisées dans le livret d'accueil régulièrement mis à jour.

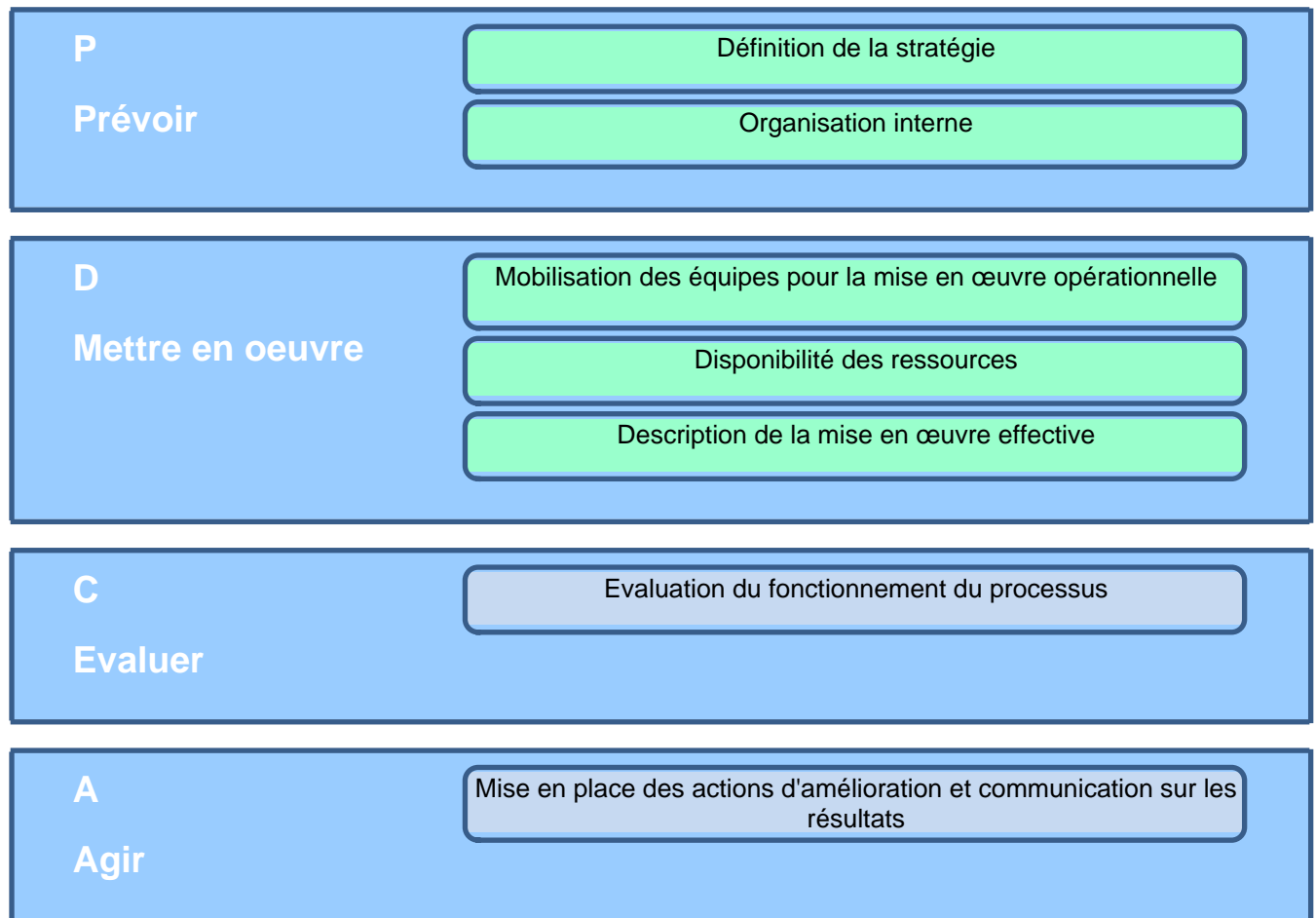
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique a mis en place une démarche globale dans la prise en charge de l'usager et dans l'accueil de son entourage, visant à promouvoir le respect de ses droits et libertés, son écoute et la prise en compte de ses attentes. Les valeurs de référence sont inscrites dans le projet de soins 2015-2020.

Le concept de bientraitance est intégré dans la dispensation des soins. Le Comité éthique se réunit tous les mois, il vise à promouvoir le respect des libertés individuelles, de la dignité et du choix du patient alors qu'il se trouve dans une situation momentanée ou durable de vulnérabilité. Chaque équipe de soins doit identifier des principes ou des situations de soins où ce concept prend toute sa dimension pour permettre la personnalisation de la prise en charge. Les chartes sont affichées : charte de la personne hospitalisée, charte européenne de l'enfant hospitalisée, charte des droits et des libertés des personnes âgées dépendantes.

La clinique a également signé la charte Romain Jacob pour l'accès aux soins des personnes en situation de handicap.

Cette stratégie est validée par les instances (CA, CME, CDU).

L'ensemble des risques liés à cette thématique a été identifié, priorisé et des objectifs d'amélioration ont été posés. Ceux-ci sont intégrés dans le programme global qualité/gestion des risques et des responsables des actions sont identifiés.

Les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi du compte qualité de cette thématique.

ORGANISATION INTERNE

L'audit de processus est piloté par la coordinatrice des risques associés aux soins, également correspondante éthique. Sa fiche métier est formalisée, signée par les deux présidents de CME.

Le groupe de travail est pluri professionnel avec la participation des représentants des usagers.

La CRU, devenue CDU en cette fin d'année, se réunit quatre fois par an plus une fois pour faire le bilan. Sa composition est conforme à la réglementation.

Le comité éthique est en place depuis de nombreuses années, il est promu par la coordinatrice des risques associés aux soins, titulaire d'un DU éthique médicale, et par un médecin pneumologue.

Dans le cadre de L'Agenda d'Accessibilité Programmée (Ad'AP), la clinique a réalisé un deuxième diagnostic accessibilité.

La clinique a prévu les ressources nécessaires à l'atteinte de ses objectifs :

- Au niveau des ressources humaines :

. La Directrice de soins du site de Chénieux est désignée, chargée des Relations avec les Usagers. Cette nomination est formalisée dans sa fiche de poste.

. Depuis le 1er janvier 2015, pour mettre en place le dispositif d'annonce en médecine et chirurgie, un poste et demi d'infirmière a été ouvert sur la polyclinique pour les deux sites.

. En oncologie et radiothérapie, ce dispositif est en place avec le personnel spécifique de ces services.

. De nombreuses formations sont organisées sur cette thématique et sur la bientraitance.

. La liste des personnes parlant une langue étrangère, actualisée en février 2016, est disponible sur le réseau.

- Au niveau des ressources matérielles :

. Le logiciel de déclaration des plaintes et réclamations est en lien avec le système de déclaration des événements indésirables internes.

. Les besoins en matériel sont identifiés avec l'équipement progressif de rideaux de séparation dans les chambres à deux lits.

. Un projet architectural est en cours pour améliorer la confidentialité dans les bureaux d'accueil. Des travaux sont programmés pour 2017 sur l'accueil central de l'ambulatoire.

- Au niveau des ressources documentaires :

. La procédure d'annonce est formalisée et mise en œuvre. Une information sur le rôle de l'infirmière d'annonce est transmise au patient. Des documents de liaison sont en place « médecin /infirmière » et « fiche de liaison infirmière ». Une fiche de contacts utiles est également remise au patient en oncologie.

. La procédure d'accès au dossier définit le déroulement des différentes étapes aboutissant à la communication du dossier médical au patient ou à ses ayants droits à partir de l'expression de cette demande, formulée oralement ou par courrier : « Accès du patient à son dossier médical » version 2. Cette procédure fait référence à la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades. L'accès au dossier médical est décrit aussi dans le livret d'accueil.

. La procédure d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est formalisée, une sensibilisation a été réalisée en CME et une formation DPC a été organisée.

. Les procédures de sortie contre avis médical et de refus de soins ont été actualisées en 2016.

. La liste des représentants du culte est formalisée et disponible dans le logiciel de gestion documentaire.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion du respect des droits du patient est assurée dans les domaines qui le nécessitent : prise en charge de la douleur optimisée, sécurité de l'identité, recueil du consentement, traçabilité de la personne de confiance, recueil des directives anticipées, information adaptée du patient, respect de la dignité et de l'intimité, etc... Les directrices des soins, l'encadrement et la correspondante éthique sont garants de la mise en œuvre du plan d'actions opérationnel. Les présidents de CME incitent leurs collègues au respect des différents aspects de la loi du 4 mars 2002.

La Directrice des soins de François Chénieux a initié la bientraitance après avoir constitué un groupe de travail pluridisciplinaire.

Un groupe de travail a été mis en place pour améliorer la procédure de contention, et faire un état des lieux des moyens utilisés. Des rappels sur les bonnes pratiques sont réalisés par l'encadrement. La procédure de contention est élaborée. Le médecin gériatre nouvellement recruté souhaite approfondir cette réflexion.

Les cadres de santé sensibilisent en continu les professionnels sur les risques identifiés, les actions réalisées ou en cours ainsi que sur les résultats obtenus.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles : le secret professionnel est rappelé dans tous les contrats de travail, dans la charte informatique, dans le guide du dossier patient, au cours de la formation DPC à l'éthique et au cours de la journée des nouveaux embauchés.

Le guide bientraitance élaboré par le groupe de travail est diffusé dans tous les services et dans les salles d'attente. Des formations à la bientraitance sont réalisées, de niveau 1 et de niveau 2. Un film a été créé, rappelant l'ensemble des droits des patients et des enfants accueillis, il est diffusé dans le programme de télévision interne et est visible dans toutes les chambres. De nombreuses formations sont réalisées et programmées sur des thématiques relatives aux respects des droits du patient : différentes formations DPC traitant des droits du patient, formation au dispositif d'annonce, sensibilisation à l'éthique, garantir le secret professionnel et la confidentialité des informations. Un programme DPC est également en place pour toutes les catégories professionnelles, intitulé "sensibiliser à l'éthique médicale et à la démarche de réflexion éthique".

Les noms des représentants des usagers, des membres de la CDU et les modalités pour les joindre font partie d'une fiche annexée au livret d'accueil. Une synthèse de la loi Claeys-Léonetti est affichée dans les lieux communs et les services. Un item « directives anticipées » figurent dans le recueil de données du logiciel informatique. Un guide d'aide à l'écriture des directives anticipées est disponible. Les touches sont en braille dans les ascenseurs et une annonce est faite à chaque étage pour les mal voyants. La majorité des unités dispose de broyeurs pour la destruction des documents. Un dispositif d'alerte est placé en bas de la porte de la salle de bain en cas de sortie d'un patient déambulant.

Des flyers sont mis à disposition dans des présentoirs dans les salles d'attente et dans les espaces usagers. Des espaces de jeux sont en place pour l'accueil des enfants.

En oncologie, il existe un salon des familles. L'espace « Usagers » est situé au bout du couloir principal d'arrivée, au rez-de-chaussée. Il comporte des panneaux d'affichage dédiés et des présentoirs avec différentes plaquettes d'information. Une mise à jour de la documentation dans cet espace est faite régulièrement. Par ailleurs, des documents d'information sont également disponibles dans les salles d'attente des services de soins, cette documentation est adaptée aux besoins de la population accueillie dans chaque service. Chaque spécialité dispose de fiches d'information (issues des sociétés savantes) et de recueil de consentement qui sont ensuite signés par le patient.

La présentation de la procédure d'annonce d'un dommage lié aux soins a été présentée en CME par la pilote du processus droits des patients en 2016.

Le réseau Wifi est mis à disposition des patients. Le terminal multimédia apporte une nouvelle offre de service aux patients : télévision, video VOD, accès internet, jeux, livres.

Les chambres à deux lits sont peu à peu équipées de rideaux de séparation, au jour de la visite, il en reste 5 à équiper. Des rideaux ont été mis en place dans le sas d'induction sur le site des Emaillieurs.

Cependant, il persiste des conditions architecturales ne permettent pas toujours le respect de la confidentialité. En effet, l'accueil administratif au niveau des secteurs ambulatoires est réalisé en milieu ouvert avec simplement une zone de confidentialité marquée au sol. Les secrétariats sont côte à côte, sans séparation et sans possibilité de préserver la confidentialité.

De plus, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité. En effet, il reste seulement 5 chambres à deux lits qui ne disposent pas de rideaux de séparation. Par ailleurs, des paravents sont disponibles (plan d'actions notifié dans la cartographie des risques).

Les équipes sensibilisées au respect de l'intimité et de la dignité du patient, demandent aux personnes présentes dans la chambre de sortir avant tout soin. Dans les chambres doubles, la toilette est réalisée soit dans la salle de bain avec la porte fermée, soit au lit du patient en appliquant les techniques

soignantes qui protègent la nudité du patient. Les médecins prennent toutes les mesures nécessaires pour réaliser les entretiens dans le cadre d'un colloque singulier ». Des indicateurs sur le respect de l'intimité et de la dignité sont suivis.

L'établissement a identifié le risque de défaut de confidentialité dans le compte qualité sur tous les points d'accueil. Des plans d'actions architecturaux sont en cours pour pallier ce désagrément.

Rencontrant le même problème dans les services de chirurgie et de maternité du site des Emailleurs où les salles de soins étaient ouvertes, les locaux ont été sécurisés avec des vitres. La fermeture des salles de soins est réalisée avec des cartes SSO.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La clinique met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et le respect des droits des patients. Les pratiques respectent la réglementation. L'accès des secteurs d'hospitalisation est facilité (horaires de visite etc...) pour l'entourage. Celui-ci bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent. Les soins et les toilettes sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

A partir de septembre 2015, les réunions de CDU sont communes pour les deux établissements. Un courrier d'invitation est envoyé à l'avance aux membres représentants des usagers et par mail aux autres membres de la commission. Une salle dédiée pour chaque réunion est réservée pour respecter la confidentialité des échanges. Le livret d'accueil est remis au patient à son admission. Il comprend l'ensemble des droits des usagers.

Un livret est remis à l'enfant, édité par l'association Sparadrap . Il s'intitule « je vais me faire opérer, alors on va m'endormir ». Conformément à l'article 4 de la charte européenne de l'enfant hospitalisé, les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions le concernant. La mesure de la douleur chez l'enfant se fait à l'aide de l'échelle des visages, la prise en charge de la douleur est effective, des prescriptions "si besoin" peuvent être rédigées. L'Association des Anciens Amis du Centre de Cancérologie Chénieux (l'AACCC) assure une présence régulière au sein de la clinique dans des salles de réunions mises à disposition, celle-ci propose des activités aux membres de l'Association (ateliers diététiques, ateliers esthétiques et maquillage, atelier créativité, natation, rééducation en piscine, acupuncture, yoga etc...). Des séances gratuites de sophrologie sont également disponibles pour aider à gérer les émotions, et les difficultés, améliorer les symptômes, se détendre. Celles-ci sont individuelles, personnalisées et réalisées selon les attentes et l'état de santé du patient.

Les bénévoles de l'Association VAL (Association Vivre Avec en Limousin) proposent des accompagnements pour créer un espace relationnel avec la personne en souffrance.

Le CLAN a mis en place avec la collaboration du prestataire hôtelier une « offre douceur » pour les patients de soins palliatifs, et un "menu petites bouchées" pour les patients dénutris en rupture avec l'alimentation.

La fiche de consentement éclairé est remise par le praticien au moment des consultations médicales et ou remise et recueillies par les IDE dans les services. La réévaluation de la prescription de contention est réalisée tous les jours.

Les équipes sensibilisées au respect de l'intimité et de la dignité du patient, demandent aux personnes présentes dans la chambre de sortir avant tout soin. Dans les chambres doubles, la toilette est réalisée soit dans la salle de bain avec la porte fermée, soit au lit du patient en appliquant les techniques soignantes qui protègent la nudité du patient. Les médecins prennent toutes les mesures nécessaires pour réaliser les entretiens dans le cadre d'un colloque singulier.

La gestion des plaintes et réclamations fait l'objet d'une procédure qui est connue et appliquée. Ce sont les secrétaires de direction qui centralisent les courriers à leur arrivée ainsi que les appels téléphoniques puis les enregistrent sur un fichier informatique. Depuis début 2014, l'établissement a réuni les déclarations des événements indésirables et le paramétrage des plaintes et réclamations sur le même logiciel. Lors des réunions, l'ensemble des réclamations et des suites données sont notifiés dans un fichier tenu par l'assistante qualité. Chaque cas est détaillé et expliqué lors des réunions de CDU. La Consultation d'annonce infirmière en médecine et chirurgie en cancérologie est opérationnelle et réalisée en 4 temps identifiés :

1. Le temps médical : l'annonce du diagnostic de cancer est faite par le médecin avec une proposition thérapeutique définie lors de la RCP. Si l'infirmière n'est pas présente, le médecin remplit la fiche de liaison médecin-infirmière pour que celle-ci connaisse le vocabulaire utilisé par le médecin lors de son entretien avec le patient. Cette fiche est transmise à l'infirmière soit dans le dossier médical, soit par le secrétariat, soit par l'IDE du service si l'annonce médicale se fait lors d'une hospitalisation.

2. Le temps d'accompagnement infirmier : la consultation infirmière permet au patient et à ses proches d'accéder à des soignants disponibles qui écoutent, reformulent et donnent des informations sur la pathologie, les traitements proposés, leurs suites et conséquences en coordination avec ce qui a été dit lors de la consultation médicale. La consultation IDE est effectuée soit dans un bureau dédié quand elle est faite en externe, soit dans la chambre du patient. Lors de l'entretien, l'infirmière remplit une fiche de liaison infirmière qui fait partie du dossier médical du patient ; elle remplit également le PPS (plan personnalisé de soins) avec les différents rendez-vous et examens programmés.

3. L'accès à des soins de supports : l'infirmière d'annonce peut orienter le patient vers des professionnels spécialisés qui peuvent l'aider dans son parcours de soins : psychologue, assistante sociale, stomathérapeute, diététicienne, associations, sophrologie...

4. Le retour avec le médecin traitant : la coordination avec le médecin traitant est organisée et le PPS du patient lui est transmis pour assurer la continuité des soins. Celui-ci précise les coordonnées des professionnels à contacter si besoin, les traitements envisagés, la gestion des rendez-vous (dans le cadre du dispositif d'annonce). Il donne à partir de la consultation d'annonce, les éléments indicatifs du traitement et de la surveillance qui est proposée à partir des RCP.

La clinique est parfois confrontée à la prise en charge de personnes en fin de vie, la démarche palliative est réalisée par l'équipe pluridisciplinaire, les différentes dispositions de la loi du 22 avril 2005 sont connues et appliquées. Le recueil des directives anticipées et de la personne de confiance est effectué lors de l'admission du patient. Le groupe de réflexion éthique a organisé des tables rondes sur la loi Claeys-Leonnetti en novembre 2016 avec la participation d'un avocat, d'un éthicien, d'un médecin du conseil de l'ordre. Une campagne d'information a été menée sur cette loi, relayée par l'encadrement de proximité. Récemment, il a été décidé de recueillir la personne de confiance et les directives anticipées, lors de pré admission.

Une visite de l'établissement a été organisée avec les usagers le 16 mars 2016 : présentation du service ambulatoire d'oncologie, de la consultation d'annonce, du service d'ambulatoire ophtalmologique, du service d'ambulatoire central. Ceux-ci ont été agréablement satisfaits des multiples projets présentés dans les services. Cependant, des éléments en lien avec l'information du patient ne sont pas systématiquement tracés. Au cours des investigations par le patient traceur, le rapport bénéfices/risques, le consentement éclairé ou la personne de confiance n'apparaissent pas dans 3 dossiers sur 6 patients traceurs investigués par les experts visiteurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Différentes évaluations sont menées sur cette thématique : audit sur la mise en œuvre des directives anticipées, EPP sur la tenue des dossiers de soins palliatifs, check-list pour l'accompagnement du décès...

La polyclinique participe au recueil de la satisfaction par l'intermédiaire du questionnaire régional réalisé par l'ARS et le CISS. Elle déploie dans toutes les unités et de façon permanente ce questionnaire. Il est disponible au service qualité dans toutes les langues. Il est distribué à l'admission avec le livret d'accueil et à J -1 avant la sortie ou juste avant la sortie pour les patients en ambulatoire par le personnel soignant. Des boîtes de recueil sont disponibles dans chaque service et à l'accueil sur chaque site.

Des questionnaires spécifiques existent pour les urgences, et pour la chirurgie ambulatoire.

Des enquêtes mensuelles sont également menées en collaboration avec le prestataire auprès des patients sur les repas. L'ensemble des éloges au même titre que les autres commentaires sont recueillis et saisis informatiquement sur le logiciel documentaire pour permettre l'enregistrement et la réalisation d'un tableau trimestriel présenté à chaque réunion de CDU.

L'établissement a mis en place des tableaux de bord, et suit des indicateurs comme par exemple, les consultations d'annonce IDE sur chaque site, et les indicateurs spécifiques des droits du patient.

Les résultats sont diffusés sur le réseau, le service du Facility Management fait un retour au prestataire restauration, à la CDU et aux services concernés.

Les résultats de l'ensemble des évaluations réalisées sont exploités et conduisent à la définition d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions identifiées suite aux nombreuses évaluations réalisées sur cette thématique sont mises en œuvre : révision ou élaboration de protocoles, discussions en groupe de travail, amélioration de la traçabilité de la personne de confiance, élaboration de documents pour sensibiliser les soignants (Flyer et affiche) sur les directives anticipées, amélioration de l'information délivrée au patient dans le livret d'accueil, mise en place dans tous les services d'affiches plastifiées sur la loi Léonetti, formation d'une hypno thérapeute avec mise en place d'un temps dédié...

Par ailleurs, suite au diagnostic accessibilité réalisé en décembre 2015, le plan d'amélioration de la qualité des services techniques a programmé pour 2016 d'équiper la moitié des postes d'accueil de tablettes pour les personnes handicapées, d'améliorer l'éclairage et le son (pour les mal entendant).

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le programme global de la qualité et de la sécurité des soins.

La mesure de l'efficacité des actions d'amélioration mises en œuvre est réalisée par le suivi d'indicateurs.

L'information des professionnels sur les résultats des actions conduites est réalisée par l'encadrement au cours des réunions et transmissions et au cours des différentes instances (CME, CSIRMT, CDU). Des rappels sur le respect des droits du patient sont réalisés dans le journal interne ou lors des tables rondes

organisées sur la Loi Leonetti.

Des affiches sont diffusées dans les lieux de passage des patients (ascenseurs, salles d'attente, accueil administratif, ambulatoire, « espace usager »). L'actualité figure sur l'intranet.

La chaîne « Chénieux » (gratuite disponible dans les chambres des patients et diffusée en boucle dans le hall d'accueil) donne des informations sur la CDU : rôle et missions, liste des représentants des usagers et moyens de les contacter.

Les comptes rendus de la CDU sont disponibles à tous les professionnels via le logiciel intranet.

Des flyers sont mis à disposition dans des présentoirs sur la Loi Claeys-Leonetti explicitant ce que dit la loi, comment rédiger des directives anticipées, le rôle de la personne de confiance, l'obstination déraisonnable, l'arrêt des traitements spécifiques, la sédation.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

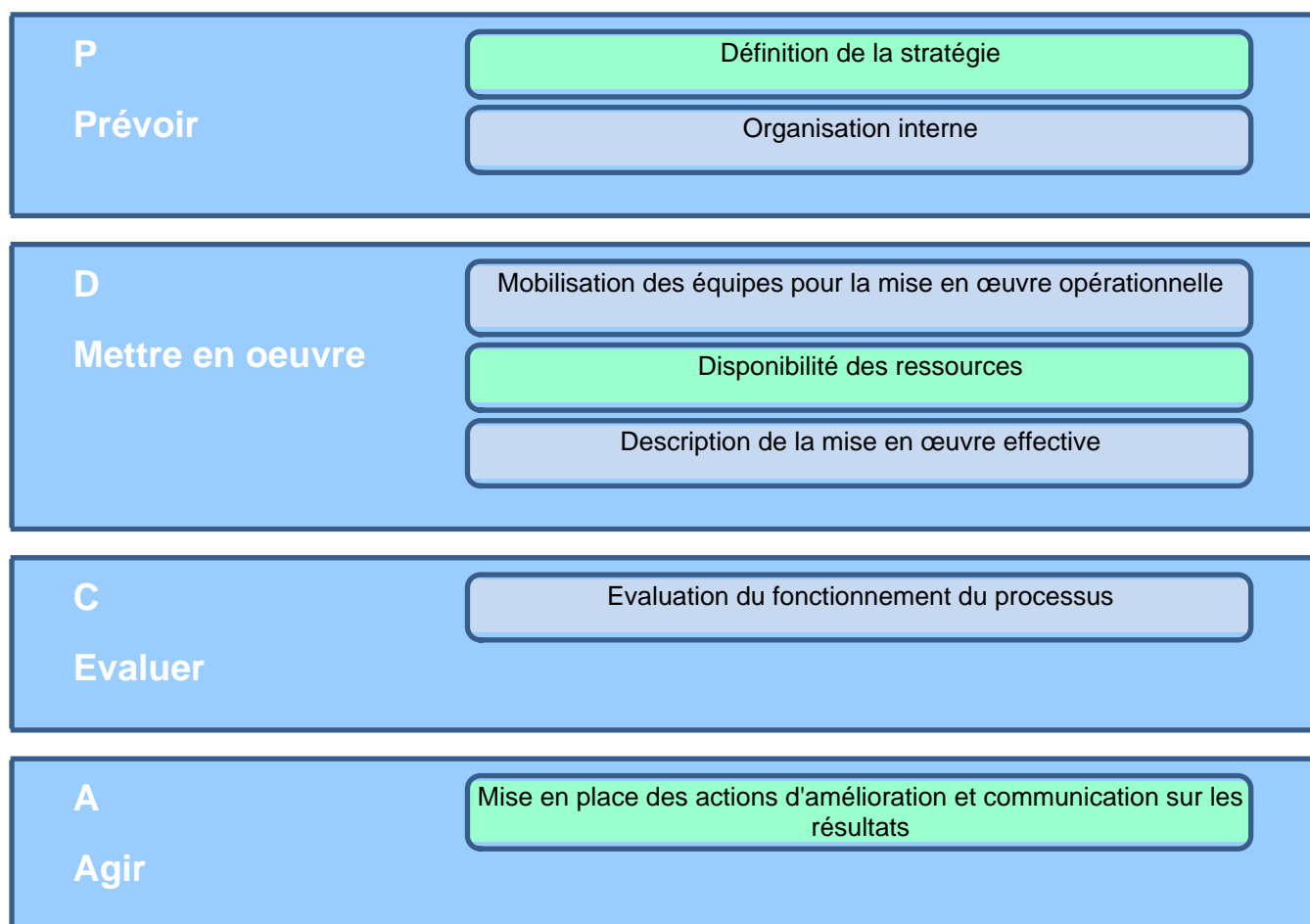
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Une harmonisation de la politique a été rendue indispensable lors de la fusion des deux établissements qui exerçaient des activités similaires mais avec des pratiques différentes et pour mettre en adéquation l'offre de soins aux besoins des patients dans cette région rurale sous-médicalisée. Le projet médical et le projet de soins commun ont été actualisés en 2015 mais tous les services ont élaboré un projet spécifique, un des points communs repose sur la sortie précoce et des programmes de réhabilitation rapide (PRADO...).

Des conventions ont été conclues avec de nombreux établissements, notamment le CHU et des établissements de soins de suite, l'EFS, l'HAD et les hôpitaux périphériques ainsi qu'avec des associations (VAL, ligue contre le cancer). La psychiatrie fait l'objet d'une convention avec un établissement pour les urgences et d'un partenariat avec la psychiatrie de ville qui assure des consultations externes sur le site des Emaillieurs.

La communication s'est exercée en amont auprès de la clientèle dès les cabinets de consultation (remise de flyers) et via la presse locale. Le transfert progressif des activités et un affichage clair de l'offre de soins sur le bassin de Limoges ont permis aux patients de s'adapter à la nouvelle configuration.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. La cartographie des risques, élaborée par des groupes de travail réunissant des professionnels des deux sites à partir de quatre parcours principaux (médecine, chirurgie, ambulatoire, maternité) ainsi qu'au bloc et au SAU, a permis de dégager neuf risques prévalents, dont l'équipement des bâtiments et des chambres, et quatre actions prioritaires dans le compte qualité. Les responsables de la mise en œuvre des plans d'actions sont identifiés, les échéances sont fixées et réévaluées à périodicité définie.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le pilotage opérationnel repose sur les deux directrices de soins et sur l'engagement à tous les niveaux d'un encadrement expérimenté.

Les rôles et responsabilités sont tous identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les missions, temporaires ou pérennes sont également détaillées pour tous les métiers.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence :

- des ressources humaines nécessaires. Les professionnels ont été accompagnés lors de la période de transition avec le respect du choix des unités proposées, des départs échelonnés et une adaptation si nécessaire afin de prévenir les risques psycho-sociaux et de favoriser l'adhésion aux projets de services. Un pool, doté de règles de fonctionnement, permet le remplacement en interne jour et nuit et le recours aux personnels intérimaires est rare et contrôlé. L'établissement consacre plus de 2% de sa masse salariale au plan de formation qui permet chaque année de répondre aux obligations (incendie, gestes d'urgence..., mais aussi DPC), de satisfaire aux besoins d'évolution des connaissances (adaptation aux postes de travail, acquisition de nouvelles compétences en lien avec les spécificités des patients pris en charge) et aux besoins d'évolution de carrières (19 formations diplômantes en 2015).

La permanence des soins est organisée ainsi que le recours aux spécialistes dont les numéros directs sont affichés dans les unités de soins, et il existe un tableau des ressources par service.

- des ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance) qui sont adaptées à toutes les situations particulières. La gestion des lits est optimisée.

- des ressources documentaires nécessaires. Toutes les prises en charge sont détaillées dans des procédures et protocoles, en fonction des sites et des modes d'accueil (programmé, en urgence, en ambulatoire, en maternité...).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : politique de pré-admission chaque fois que possible, un poste de Facility manager a été créé pour gérer les flux et fluidifier les activités associées aux différentes interfaces.

Les interactions avec les partenaires de soins dans le cadre des projets de réhabilitation précoce sont cultivées.

La sortie est anticipée dès la décision d'hospitalisation.

Il existe un partenariat avec le SAMU pour les transferts urgents.

En interne, le processus fait également appel aux groupes de travail (douleur, éthique...) et interpelle la CME et ses différentes sous-commissions (CLIN, CLAN, CLUD...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Tous les services ont formalisé des projets.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur et sur le processus. L'évaluation a été réalisée par des groupes pluridisciplinaires, les professionnels rencontrés ont tous participé à l'élaboration de la cartographie des risques de leur secteur. Pour chaque service, un livret d'accueil est remis aux nouveaux arrivants qui sont encadrés et éduqués par des référents. Des exercices de déclenchement de crise sont organisés.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats : leur participation aux réunions RCP, RMM, REMED de leur secteur d'activité, aux staffs (oncologie, maternité, urgences, pneumologie...) est tracée. Le dialogue est ouvert entre les praticiens et les soignants.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs...) et mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

*Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

- Le personnel des admissions est spécifiquement formé aux règles d'identitovigilance et assure la pose du bracelet d'identification, mais aussi à la gestion du stress des personnes qui se présentent à l'accueil. Trois agents polyvalents se relaient à ce poste entre 7h et 20h.

- Tous les professionnels nécessaires aux différentes prises en charge peuvent être sollicités : spécialistes sur site et/ou attachés à l'établissement par convention (infectiologue, hématologue, endocrinologue, consultations avancées en OPH, ORL, gynécologie, dermatologie, vacation d'un médecin rééducateur), assistantes sociales, diététiciennes, nutritionniste, kinésithérapeute, stomathérapeute, et de nombreux professionnels péri-médicaux experts en soins de support.

- Des personnels sont dédiés et formés à des activités particulières : consultation d'annonce ; l'intervention de personnes ressources extérieures (associations, bénévoles, prestataires de service...) est facilitée ainsi que la relation avec les professionnels de ville (infirmière des 3C...).

- Les formations sont multiples : des DU (gériatrie, soins palliatifs...) sont proposés chaque année, formation au langage des signes, formation récurrente annuelle au risque suicidaire pour des groupes de 12 personnes, formation à la prise en charge des enfants dans les secteurs concernés (Urologie, ORL, ophtalmologie, orthopédie). La formation aux gestes d'urgence est obligatoire.

- Les offres sont complétées par l'intervention des sociétés savantes ou des laboratoires (soins de trachéotomie, stomathérapie, auto-sondages...).

*Les ressources en matériel, dont locaux et équipements, sont disponibles dans les secteurs d'activité. Il y a des chambres équipées pour personnes à mobilité réduite dans tous les services, des ardoises pour les personnes non-communicantes. La signalétique est claire et des points d'accueil sont différenciés pour éviter les longs déplacements.

- Des locaux de préparation, des salons de pré-sortie permettent d'optimiser l'occupation et la gestion des lits.

- Kits d'urgence pédiatrique et matériel d'urgence sont harmonisés et constamment opérationnels, il existe un sac et une procédure dans l'hypothèse d'un malaise visiteur ou accompagnant.

- Le matériel à usage unique et les kits BHRé sont disponibles, et une chambre est réservée dans chaque service pour les isollements y compris en maternité.

- Une convention est conclue avec un fournisseur de matelas.

*Les ressources en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

- Le livret d'accueil est expliqué au patient, la chaîne de TV interne rappelle à tout moment les consignes et informations utiles, et des documents issus des sociétés savantes sont proposés.

- Il existe une liste mise à jour annuellement des personnes parlant une langue étrangère, et des fiches particulières sont élaborées, par exemple :

- Procédure de sortie contre avis médical,
- Autorisation de sortie temporaire,
- Arrivée inopinée d'une personne en urgence,
- Appel médical en cas d'urgence vitale,
- Bilan d'entrée parturiente,
- Transfert vers un autre établissement et fiches de liaison....

Les différentes chartes sont affichées dans les secteurs correspondants.

Les supports sont accessibles sur le réseau.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

- Les offres hôtelières s'adaptent aux spécificités des patients qui prennent connaissance des différentes formules en amont de l'hospitalisation.

- Des facilités de paiement sont accordées aux personnes en difficulté, il existe des aides pour le retour à domicile (CARSAT).

- Les projets de soins, de naissance, sont présentés et discutés avec la personne soignée et ses proches, et les documents de validation (dont consentements) sont retrouvés dans les dossiers.
 - Les personnes vulnérables sont repérées, en particulier aux urgences, et les professionnels sont informés des démarches de signalement de maltraitance. L'établissement travaille avec les organismes de tutelle et les assistantes sociales, et la problématique de la déficience du conjoint d'un patient hospitalisé est prise en compte (hospitalisation du couple et anticipation des soins d'aval).
 - La prise en charge nutritionnelle est effective, un poste de diététicienne est ciblé sur cette problématique dépistée systématiquement, et des repas améliorés sont proposés aux patients d'oncologie, de gériatrie ou aux parturientes. Toutefois, les éléments tracés dans le dossier à l'admission et permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas tous vérifiés : à l'exception de la consultation de chirurgie bariatrique, il n'y a pas de toise pour contrôler le poids allégué par les patients et mesurer l'IMC.
 - Le risque d'escarres est recherché et prévenu.
 - La prise en charge des personnes handicapées ou non communicantes est assurée : le diagnostic d'accessibilité a été réalisé (la charte Jacob a été signée en octobre 2014) et les besoins sont anticipés dès l'amont, l'accompagnement est prévu.
 - Le risque suicidaire est encadré : les personnels sont sensibilisés, les fenêtres sont sécurisées, l'entretien d'accueil permet de systématiquement détecter ces situations, d'où un rapprochement géographique de la salle de soin, et psychologue et psychiatre sont sur place.
 - La consultation d'annonce médicale puis infirmière est opérationnelle, assurée quotidiennement en oncologie.
 - La prise en charge des enfants est adaptée (lits, jouets, menus) : les personnels sont formés et l'intégration des parents est inscrite dans le projet de soins (consentement des deux parents en cas d'acte chirurgical, accompagnement jusqu'au bloc pour participer à la check-list et présents dès la sortie de SSPI).
 - La prise en charge de la douleur est tracée et réévaluée autant que de besoin.
 - Les soins de support sont particulièrement développés : socio-esthéticienne, hypnothérapie, relaxation, atelier écriture avec une psychologue mais aussi art-thérapie, groupes de parole...
 - Fin de vie : association au sein de la clinique, aumônerie, personnels formés, convention avec UMSP du CHU et travail en collaboration avec l'HAD "santé service".
 - Plusieurs programmes d'ETP sont actifs : en oncologie, en rhumatologie, en stomathérapie.
 - Les conduites à tenir en cas d'urgence sont connues et appliquées : procédure, tableau de garde et d'astreinte, numéro d'appel unique permettent le recours immédiats aux anesthésistes, obstétricien et urgentistes ; les urgences psychiatriques sont gérées avec le centre de référence Esquirol, et un pédo psychiatre est attaché à l'établissement.
 - Il existe une "Unité de prise en charge des malaises" qui permet sur une journée un bilan complet, avec remise au patient en fin de journée d'une conduite à tenir et d'une éducation thérapeutique adaptée ("tilt-test").
 - La gériatrie fait l'objet d'une démarche particulière (gériatre à temps partagé avec le CHU et possibilité de faire intervenir l'équipe mobile),
 - Le risque de fugue et de rapt est contrôlé par l'utilisation d'un système sonore et la mise sous alarme des deux sorties du rez-de-chaussée, les nurseries sont sécurisées, un système de détection musical est utilisé dans les chambres des patients à risque. L'établissement est en relation avec le commissariat pour ce type de situation.
 - Le risque infectieux (BMR, BHRé, mais aussi gale...) est contrôlé.
 - En ambulatoire : les arrivées sont échelonnées et les circuits courts pour optimiser les rotations ; les enfants bénéficient d'une salle exclusive. En cas de risque de non observance du patient ou complication, l'hébergement en hospitalisation conventionnelle est toujours possible.
 - Les détenus sont hospitalisés au CHU.
 - L'entourage est constamment pris en compte : des solutions d'hébergement (fauteuils-lits en maternité) et de restauration sont proposés. Les proches sont aussi sollicités en cas de risque (suicide, enlèvement, patient fugueur...).
- Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.
- La continuité des soins est assurée avec la prise en compte de la sortie du patient dès son arrivée et par l'anticipation des besoins associés (convalescence, bilan des aides pour les soins à domicile, contacts avec les professionnels d'aval ou alternatives au retour à domicile si nécessaire).
 - La sortie en SSR est gérée par Trajectoire.
 - Le dispositif i-prado déjà existant en maternité est en cours de développement en cardiologie et en orthopédie et valide en particulier les transports vers les kinésithérapeutes ; le projet de sortie précoce se met également en place en viscéral en collaboration avec le SSR de La Chênaie qui est le site privilégié de convalescence de la clinique.
 - Les praticiens extérieurs et les soignants des SSIAD sont régulièrement invités, en particulier lors de journées de cancérologie auxquelles participent les patients et les représentants d'usagers très présents dans la structure.
 - Des innovations sont à l'œuvre pour le suivi des patients implantés : tous les pace-makers sont surveillés par des IDE formées à la télésurveillance et en contact avec les cardiologues référents et les médecins en périphérie. Des avis à distances sont recherchés et le développement de la télémédecine est effectif en Imagerie ; la

téléconsultation étendue aux généralistes est validée par la CPAM.
La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée et notamment la traçabilité dans le dossier des indicateurs IQSS, traçabilité de l'appel de la veille pour rappel des consignes, et du lendemain en chirurgie ambulatoire.
Ces constats de bonnes pratiques sont confirmés par les observations réalisées au cours des audits patients traceurs.

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 :

- Les indicateurs sont parfois partagés dans le cadre d'une convention (par exemple dans des filières comme l'IDM avec le CHU, ou au sein des réseaux comme Périnatlim).
- Outre le recueil des indicateurs nationaux obligatoires, sur lesquels sont appliqués des plans d'actions lorsque les performances sont inférieures aux attendus, l'établissement gère un tableau de bord de plus de vingt indicateurs, dont les ETP, les bilans sociaux, les bilans d'activité des différents programmes, le temps de passage aux urgences, l'évaluation de la consultation d'annonce, le nombre de consultations de spécialistes (infectiologie, gériatrie, stomathérapie....).
- Des enquêtes de pratiques sont régulièrement diligentées : chariot d'urgence, identitévigilance, pertinence des hospitalisations...
- 100 enquêtes mensuelles sont menées conjointement par le prestataire de la restauration et la Facility Manager, et la promotion de la remise du questionnaire de satisfaction se concrétise par un taux de réponses proche de 30%. Le taux de satisfaction de la patientèle pour la prise en charge globale excède les 90% pour les deux sites. Le directeur prend connaissance de tous les verbatim à la sortie de la maternité.
- Un audit a été mené pour mesurer la satisfaction des professionnels d'aval et des actions d'amélioration sont prévues.
- Les RMM, RCP hebdomadaire (parfois en commun avec le CHU), REMED, CREX sont en place dans les services concernés et les actions qui en découlent incrémentent le PAQSS qui est suivi et réévalué.

Les résultats de l'ensemble des évaluations réalisées sont exploités et conduisent à la définition d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi des indicateurs est révisé du fait de la fusion des établissements et s'avère un levier pour négocier des postes budgétaires.

Des supports et modalités de diffusion sont établis : site internet en cours de développement pour faire la promotion des innovations, intranet et chaîne de TV interne à Chénieux, organisation de séquences de formation post-universitaire.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels qui ont accès aux comptes-rendus, et des usagers dont le rôle est favorisé au sein de l'établissement.

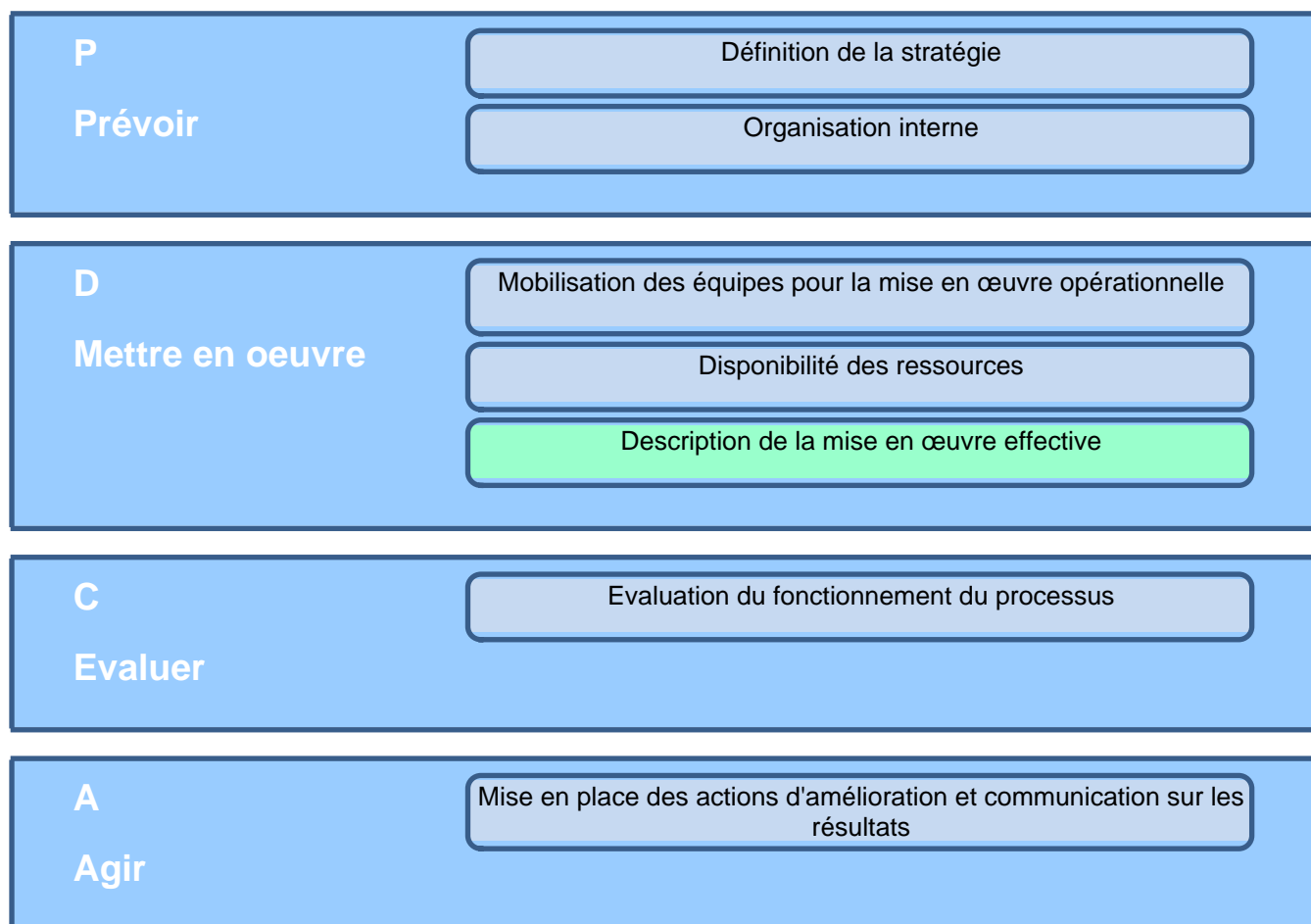
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de gestion du dossier patient a été finalisée le 29 avril 2016, elle est validée par le président du conseil d'administration (CA) qui est médecin. Elle a été construite sur la base d'un état des lieux du dossier patient papier et du dossier patient informatisé réalisé en avril 2015, dans le contexte de fusion des trois cliniques en une seule entité juridique " la Polyclinique de Limoges ". Le projet DPI a été construit et validé en CA. L'informatisation en mode big bang du nouveau logiciel dossier patient, instauré en mai- juin 2016, est opérationnel au jour de la visite. Le Schéma Directeur du système d'information est formalisé pour la période 2016/2018. La politique sécurité du Système d'information est définie.

Un portage institutionnel fort a été réalisé par la CME et par le groupe dossier patient.

Un état des lieux sous la forme de cartographie des risques liés à la confidentialité des données patient a été réalisé en mai 2016 et a permis de repérer des axes d'amélioration.

La cartographie du processus est élaborée, les niveaux de maîtrise sont déterminés. Six risques ont été identifiés dans le compte qualité, la criticité et le dispositif de maîtrise évalué, les conduisant à l'élaboration d'un plan d'actions par risque, intégré dans le PAQSS global qui identifie les responsables, les échéances et les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont désignés : le médecin DIM et la Directrice du Système d'information. Ils disposent chacun d'une fiche de mission signée par les deux présidents de CME.

Des référents dossier patient informatisé sont nommés par service.

Le référent DPI a pour mission le déploiement et l'accompagnement des professionnels à la mise en place du dossier patient informatisé. Sa fiche de mission est formalisée.

Un groupe de travail spécifique a été constitué, composé du Président de CME, de la Directrice du SI de la chef de projet SI, de référents du dossier patient informatisé.

Une équipe de soignants formés a été détachée des services afin d'accompagner le déploiement du logiciel, de former les professionnels, de faire évoluer le progiciel en fonction des besoins des utilisateurs.

Le correspondant CNIL est identifié (Directrice du SI), les déclarations à la CNIL sont réalisées, un registre est tenu à jour.

Le service DIM comprend un médecin DIM, des TIMs et des secrétaires administratives en charge des dossiers médicaux des services. Celles-ci sont en charge du dossier médical : elles recueillent, classent les éléments physiques et informatisés et s'assurent de son exhaustivité. Elles préparent l'ensemble des informations nécessaires aux TIMS.

Les TIMs collectent les RUM, traitent les informations issues du dossier médical concernant les patient en vue de la description, l'analyse et l'évaluation de l'activité médicale de l'établissement faites par le DIM.

La définition des responsabilités est précisée dans les fiches de poste du personnel du service informatique.

Les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs sont identifiées.

Les besoins en formation sont identifiés et traités au quotidien.

Un audit des besoins en équipement informatique a été mené avec l'aide d'une société externe. Il s'ensuit l'achat de 50 ordinateurs supplémentaires et des cartes SSO (single sign on = système d'authentification unique) avec des lecteurs pour ouvrir les habilitations. L'accès est nominatif par carte SSO, solution de sécurisation avec une traçabilité des accès. Cette méthode permet de verrouiller le poste automatiquement quand la carte est ôtée. Des rappels sont faits par le biais de notes de service co signées par le CIL et les présidents de CME sur le secret de la confidentialité et le secret professionnel auprès des personnels des cabinets (hors salariés polyclinique).

La gestion des habilitations est définie selon une matrice, permettant ainsi de s'assurer que seuls les intervenants nécessaires ont accès aux dossiers patients.

Le guide d'utilisation du dossier patient a été actualisé en juin 2016.

La procédure d'arrivée de nouveaux utilisateurs soignants en vue de l'utilisation de logiciel dossier patient est formalisée en date du 1er septembre 2016.

La sécurité du système d'information est opérationnelle, les sauvegardes sont externalisées.

En cas de panne informatique, une fiche technique « passage en mode dégradé DPI HM » existe, elle précise les conditions de mise en œuvre du mode dégradé pour les prescriptions informatisées et les observations médicales et soignantes dans le logiciel dossier patient.

La procédure d'archivage/désarchivage des dossiers médicaux a été actualisée en juin 2016. Les archives de moins de deux ans sont archivées dans un local sécurisé face au bureau des TIM, celles entre trois et cinq ans sont situées aux sous-sol. Au-delà de cinq ans, les dossiers sont externalisés. L'accès aux archives est réservé aux personnels habilités. Les règles de conservation sont définies dans une procédure.

Le projet de mise en place du logiciel informatique dossier patient dans les cabinets de consultation est en cours. L'installation de passerelles est en cours pour le laboratoire et la radiologie. L'outil informatique facilite la communication du dossier entre professionnels dans le respect des règles de confidentialité. Il en est de même pour les liaisons avec le bloc opératoire et les secteurs interventionnels. La procédure de demande de dossiers médicaux a été élaborée en 2015.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins et les cadres relaient avec les référents dossier patient, les informations concernant le suivi des actions d'amélioration. Ils soutiennent la démarche d'amélioration au sein des équipes soignantes. Ils s'assurent de l'appropriation des procédures et de la conformité des pratiques relatives au dossier patient. Si besoin, il est fait appel à l'équipe détachée pour rappeler les règles à suivre. Les soignants et les médecins participent aux propositions d'amélioration des paramétrages du logiciel. Ils sont informés des résultats d'audits réalisés et proposent des actions continues d'amélioration dans la structuration du dossier et la mise en œuvre des mesures correctives.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, en matériel et en documentation sont disponibles et mobilisées. Une formation sur l'utilisation du logiciel et adaptée aux spécificités du profil du professionnel est réalisée. Des « petits rappels » pour les médecins, des « éditos DPI » pour les soignants sont formalisés pour chaque modification du logiciel et diffusés aux soignants. Des mémos « HM » rappellent les règles d'utilisation du logiciel avec des captures d'écran permettant une lecture rapide et une appropriation accélérée. D'autres mémos sont créés comme par exemple, le mémo « géolocalisation Urgences », mémo prescriptions, mémo utilisateurs, mémo saisie des constantes, mémo saisie des transmissions ciblées... Le fonctionnement du SIH est présenté lors de la journée d'accueil des nouveaux recrutés. Le guide d'utilisation du dossier, les procédures de demande de dossiers médicaux et d'arrivée de nouveaux utilisateurs soignants en vue de l'utilisation de logiciel dossier patient sont actualisés et disponibles aux professionnels. Les chartes de confidentialité sont signées par les utilisateurs. Elles ont été distribuées dans tous les cabinets médicaux et récupérées dès qu'elles ont été émargées. Les cartes SSO (système d'authentification unique) avec des lecteurs sont en place. Ce système permet d'ouvrir les habilitations et de simplifier l'accès du système d'information, mais aussi d'augmenter la sécurité en réduisant les risques de perte ou partage de mots de passe. L'accès est immédiat, que les applications soient internes ou externes à l'entreprise. Le résultat pour les utilisateurs, c'est un accès simplifié à leurs applications, de plus, ils respectent naturellement la politique de sécurité. En éliminant les tâches d'administration pénibles, ce système simplifie la gestion du système d'information. Un badge d'identification auquel est associé un login et un mot de passe donnant accès au logiciel selon la matrice des habilitations est attribué à chaque médecin et soignant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient, ainsi que le montrent les investigations au cours du patient traceur. Le portail médical est très pratique et permet une vue synthétique. Les observations médicales sont aisément accessibles. Les prescriptions de laboratoire et de radiologie sont bloquantes lorsqu'elles ne sont pas complètes. L'équipe DPI se tient à disposition des professionnels pour répondre à leurs interrogations et au besoin faire des rappels concernant l'utilisation du logiciel. Dans chaque service, se trouvent également des mémos, des éditos et la liste des utilisateurs référents. La procédure d'arrivée de nouveaux utilisateurs soignants en vue de l'utilisation de logiciel dossier patient est connue et appliquée malgré sa création récente. La procédure de demande de dossiers médicaux est connue et appliquée. L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la loi. Un registre est établi, il permet un contrôle des délais d'accès. Les demandes de dossiers sont présentées à la CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Différentes évaluations sont menées sur cette thématique : EPP dossier transfusionnel, EPP dossier

anesthésique, EPP dossier en soins palliatifs, audit de constitution de dossier médical, par site et par spécialité, EPP conformité des demandes d'imagerie médicale sur chacun des deux sites, audit des dossiers de soins par les cadres de santé.

Des check-list sont intégrées dans le logiciel informatique et permettent une évaluation de la traçabilité en continu de chaque étape de la prise en charge du patient, comme par exemple la fiche de préparation pré opératoire, la liste des documents pré opératoires, check-list de complétude à l'archivage... L'évaluation de l'outil informatique est réalisée par l'encadrement et les référents dossier patient.

Des évaluations des formations dispensées sont réalisées.

Les résultats de l'ensemble des évaluations réalisées sont exploités et conduisent à la définition d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS.

Suites aux différentes évaluations menées sur le dossier patient et au sein des différentes spécialités, des actions d'amélioration sont menées sur le logiciel informatique afin de répondre aux besoins des utilisateurs et d'améliorer la traçabilité.

Au jour de la visite, le compte qualité a été actualisé et un point a été fait sur les avancées du groupe de travail. La plupart des actions sont réalisées.

La politique a été écrite, validée, les paramétrages ont progressé, des protocoles validés par la CME ont été intégrés. Le guide d'utilisation a été élaboré pour les deux sites en juin 2016. Suite au recueil des indicateurs IPAQSS, des audits sont menés par spécialités, le médecin DIM a adressé des mails par groupe et organisé des rencontres de sensibilisation. Des rappels sont itérés en CME.

L'efficacité des actions d'amélioration est mesurée par le suivi des indicateurs IPAQSS et d'indicateurs propres à l'établissement.

De nombreuses actions de communication sont réalisées : réunions d'information, communication sur le compte qualité aux instances (CODIR, CME, CDU) et à l'ensemble des professionnels, affichages, résultats disponible sur le logiciel documentaire, journées portes ouvertes, café qualité, semaine sécurité, journal interne, journées d'information sur la certification...

Les résultats des indicateurs IPAQSS sont communiqués dans les services et affichés à destination des usagers.

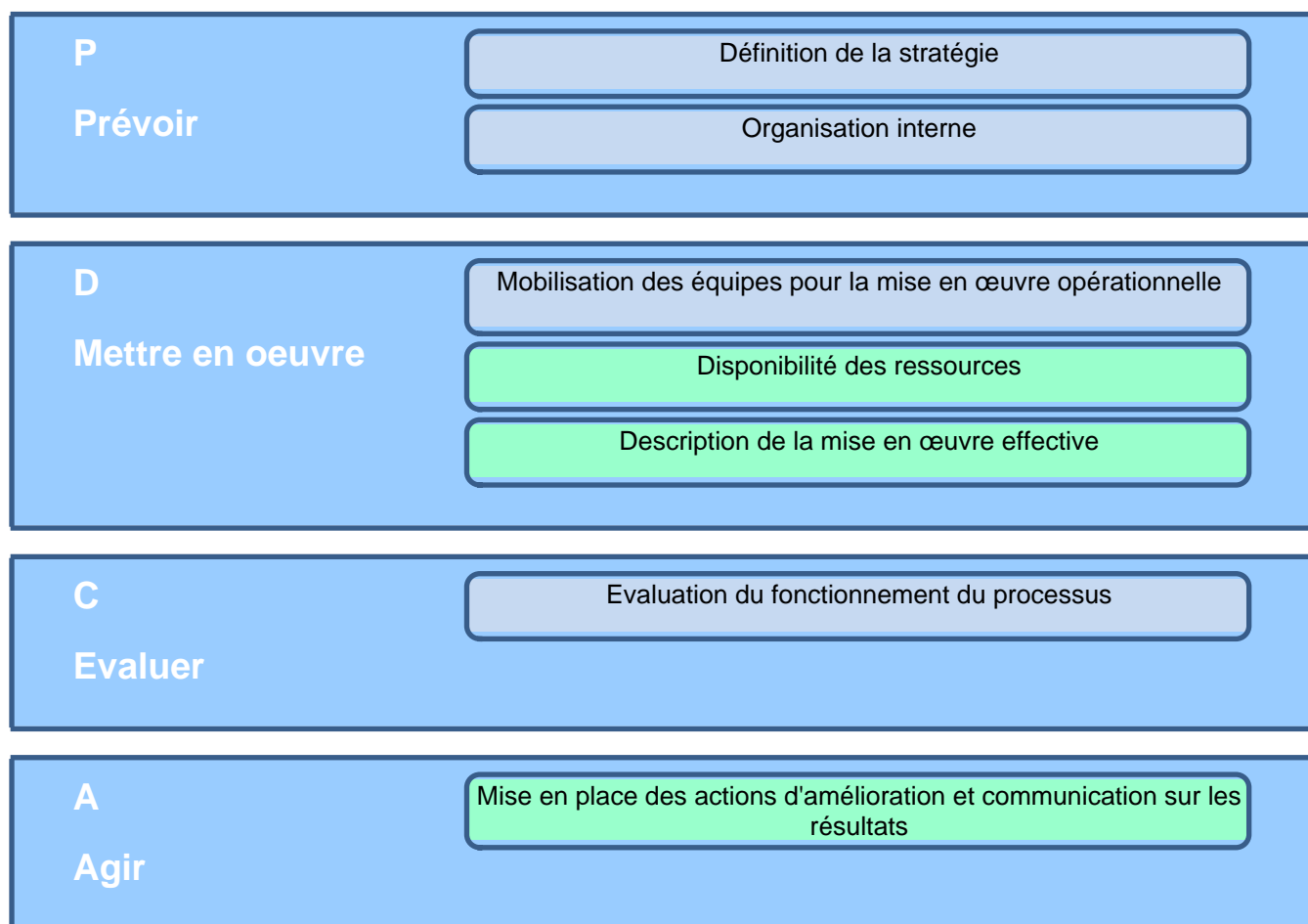
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La polyclinique a défini sa politique de la prise en charge médicamenteuse, elle est intégrée dans le manuel qualité.

L'ensemble du processus est cartographié, y compris la iatrogénie, et l'analyse des risques s'appuie sur toutes les données attendues : les résultats du contrat de bon usage du médicament, les résultats de la certification V2010, et sur la nécessité d'harmoniser les pratiques. Il existe actuellement une PUI sur chaque site avec à terme un projet de fusion soutenu par un manuel qualité unique.

Les dispositions spécifiques concernant le sujet âgé sont établies et diffusées.

L'établissement a pour objectif de systématiser la conciliation médicamenteuse. Une cellule de conciliation médicamenteuse pluriprofessionnelle est un projet à court terme.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est achevée sur l'ensemble du processus.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les propriétaires des actions sont identifiés et ils disposent d'un échéancier de réalisation avec modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste et de mission des professionnels (dont RSMQPECM, infectiologue, gériatre, référents...).

Un seul pharmacien gérant assure la responsabilité sur les deux sites.

La liste des prescripteurs autorisés est déposée.

Le comité de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (COMPRIME) possède un règlement intérieur.

L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet du patient est organisé ainsi que la procédure pour les médicaments personnels.

La dispensation est nominative sur ordonnance et globalisée pour l'ensemble du séjour. Un site pilote aux Emailliers travaille sur la délivrance nominative pour les formes orales, un site de 15 lits à Chénieux est en DIN. La permanence pharmaceutique est organisée. En dehors des horaires d'ouverture, il y a une convention avec le CHU. Une armoire tampon est en place sur le site des Emailliers.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines : des formations sont organisées par le pharmacien sur le DPC médicament.

Pour accompagner la mise en place et le suivi du système d'information, il y a des professionnels dédiés sur les deux sites (un chef de projet, trois IDE dédiés et des brancardiers).

La composition de la cellule de conciliation qui se concrétisera au mois de novembre réunit un urgentiste, la gériatre, la pharmacienne et une infirmière.

Les locaux de la PUI du site de Chénieux y compris pour la rétrocession et les salles de soins sont sécurisés. Les procédures d'achat et d'approvisionnement sont établies, la gestion des stocks est informatisée et les dotations des services remises à jour annuellement.

Toutes les ressources documentaires nécessaires sont à disposition. Les procédures, protocoles sont intégrés dans le système de gestion documentaire informatisé. Les "bonnes pratiques de prescription" ont été validées en CME.

Le livret thérapeutique est intégré dans le logiciel de prescription.

La liste des médicaments à risque a été élaborée.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Les transports sont organisés, et la pharmacienne est présente à la Commission des soins (hebdomadaire) et à la CEGERIS (bi-mensuelle). Les praticiens ont accès aux résultats des prélèvements.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur et sur le processus. Les cadres des unités rencontrés sont impliqués et sensibilisent leurs équipes sur les risques médicamenteux (trois sessions par an sur les erreurs médicamenteuses). Par ailleurs, des réunions d'incitation à la déclaration des erreurs médicamenteuses ont été conduites avec le centre régional (32 en

2015, toujours en cours en 2016).

Les professionnels participent au recueil des événements indésirables via la fiche qui est dans le logiciel.

La gestionnaire des risques gère les REMED auxquelles les professionnels concernés par l'évènement sont invités. Les cadres sont informés des résultats de l'analyse, des actions correctives à mettre en place et répercutent l'information à leurs équipes.

Une charte de non punition est formalisée. Il existe une application particulière connue des professionnels pour la déclaration des erreurs médicamenteuses. Certains événements indésirables retenus par le service qualité font l'objet d'une analyse en comité de retour d'expérience. Les professionnels des unités concernés sont associés. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Le réseau VIGIMED participe à la transmission des informations à destination des services.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en oeuvre. Dans certains secteurs, le relevé des non-conformités (préparation, distribution) est réalisé en continu. Le suivi des actions correctives est réalisé par le service qualité. Les besoins en formations complémentaires sont satisfaits et il existe un suivi par catégorie de personnel.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité. Pour le système d'information, la formation des nouveaux arrivants est accompagnée par des infirmiers référents, les médecins ont une formation accélérée à la demande tant pour le logiciel que pour la maîtrise des procédures et des protocoles. Des sessions de rattrapage sont toujours possibles grâce à la disponibilité de l'équipe DPI.

Concernant le circuit du médicament, les nouveaux professionnels reçoivent un document "ABCD de la prise en charge médicamenteuse".

Des pools de remplacement polyvalents permettent une continuité des soins en interne mais en cas d'intérim, l'accompagnement et la formation sont réalisés.

Un médecin gériatre intervient deux jours par semaine à la demande des praticiens pour la conciliation médicamenteuse et pour la recherche des facteurs de fragilité. Elle organise des formations : sensibilisation au risque iatrogénique, polymédication, choix des formes galéniques... Un temps infirmier dédié aux personnes âgées est également assuré par une IDE investie dans un DU de gériatrie.

Une préparatrice est affectée à chaque service.

Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs d'activité. L'établissement dispose de deux pharmacies à usage intérieur (PUI), une pour chaque site géré par un seul pharmacien responsable avec à terme un projet de fusion. Les locaux de l'URC sur le site Chénieux sont conformes et adaptés.

En termes d'équipement et de matériels, il y a des armoires de médicaments et des coffres à toxiques sécurisés dans les services de soins, et les réfrigérateurs sont équipés de thermomètres intégrés. Les chariots d'urgence sont identiques sur chaque site.

Les ressources en documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité et connues des professionnels. De nombreux documents s'appliquent à la maîtrise de l'informatisation du processus.

Les procédures et protocoles sont accessibles dans le logiciel documentaire. Il est mis à disposition : la fiche de bon usage des médicaments, des procédures dégradées tant pour l'hospitalisation que pour les urgences ainsi que toute l'organisation requise pour la reconstitution des cytotoxiques, le cheminement vers les unités de soins, le circuit des déchets occasionnés par cette activité et les modes dégradés.

La liste des médicaments à risque (dont le paracétamol) est accompagnée de consignes strictes et des logos apposés sur les casiers dans l'armoire à pharmacie des unités de soins et à la PUI mentionnent clairement la précaution majeure à respecter.

Les IDE disposent de la liste des médicaments thermosensibles et écrasables, ainsi que des conduites respectives à tenir.

Des documents sont édités à l'usage des patients, en particulier en cas de rétrocession. En ophtalmologie, un guide spécifique est remis en amont de l'hospitalisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge du patient.

Les prescriptions médicamenteuses sont saisies par les praticiens sur le logiciel de prescription. Une analyse pharmaceutique est réalisée, un système d'alerte est en place pour détecter certaines anomalies de prescription comme le surdosage, redondance...

Les médicaments personnels sont validés par l'anesthésiste et prescrits au moment de la consultation. La procédure de gestion du traitement personnel du patient est connue et conforme.

Les bonnes pratiques d'administration des médicaments par sonde de nutrition sont encadrées.

La préparatrice affectée au service prépare les médicaments pour la durée du séjour et assure une révision bi-quotidienne en cas de nouvelle prescription (une alerte apparaît dans le logiciel si une prescription est effectuée au cours de huit dernières heures). Les ordonnances sont envoyées par fax en dehors de la valisette du matin.

Les piluliers sont reconstitués dans les services : c'est l'IDE de jour qui en est chargée, elle est identifiée par un gilet jaune pour limiter les interruptions de tâches et elle utilise le casier nominatif fourni par la pharmacie.

Tous les antibiotiques sont suivis nominativement.
 Les règles de stockage sont respectées à tous les niveaux : le rangement des médicaments est assuré en DCI, et la double dénomination prévaut dans les armoires des unités de soins. Le contrôle des armoires est validé et la gestion des périmés est organisée.
 La gestion des fluides est maîtrisée.
 Des documents de bon usage et d'information édités par les laboratoires sont remis aux patients, toutefois la traçabilité de l'information (hors ETP) n'est pas toujours retrouvée bien qu'un espace dans le dossier le permette. La fiche d'information « je suis acteur de ma prise en charge médicamenteuse » est affichée en chambre sur le site Emailleurs et dans les salons du site Chénieux, il n'est pas encore prévu de remettre aux patients un document leur permettant de déclarer directement les effets secondaires de leurs traitements.
 Toutefois, une éducation particulière est réalisée auprès des personnes âgées, en collaboration avec l'assistante sociale et avec la coopération de l'entourage.
 Une fiche d'information est délivrée lors des rétrocessions.
 Les documents persistant sous format papier (Biothérapies, médicaments dérivés du sang, stupéfiants) font l'objet de vérifications particulières, ainsi que les prescriptions au SAU, équipé depuis peu du logiciel institutionnel.
 Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les outils permettent la visibilité en temps réel du traitement du patient ; l'infectiologue est sur place, les échanges au cours des réunions d'instances sont favorisés par la présence des responsables et de référents, et les liens inter-établissement sont formalisés. Le dossier pharmaceutique se met en place nonobstant les freins administratifs et un projet de communication avec les professionnels de ville (officines, médecins et soignants) se développe.
 En ophtalmologie, un document de liaison spécifique est remis en amont de l'hospitalisation.
 La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Le processus étant totalement informatisé, la traçabilité des traitements est exhaustive et réalisée en temps réel.
 La vérification des chariots et des kits d'urgence est effective (vérification journalière de scellés et des DSA).
 Cependant, il existe un risque de rupture de la chaîne du froid. La traçabilité de la température et du nettoyage des réfrigérateurs n'est pas systématiquement retrouvée dans les 2 services visités (température non retrouvée pour certaines dates) mais il existe un projet de relais d'alarme.
 Les bonnes pratiques en matière de gestion du processus ont été confirmées au décours des analyses de patients traceurs.

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. Plusieurs évaluations de pratiques professionnelles sont en cours (EPP sur la qualité de la prise en charge du sujet âgé stade 5 et qui fait l'objet d'un programme DPC, EPP sur le bon usage des voies d'administration des fluoroquinolones, EPP prescriptions de chimiothérapies...).

Il y a une revue régulière des erreurs liées aux médicaments et aux dispositifs médicaux.

Des enquêtes sont menées sur les bonnes pratiques d'administration, sur les horaires de préparation et d'acheminement des anti-cancéreux, et un audit ARCHIMED a été réalisé de décembre 2015 à janvier 2016. Les professionnels ont animé une "paillasse des erreurs" à l'occasion de la semaine de sécurité des patients. Le tableau des programmes d'ETP validés est suivi. Les activités de l'infectiologue sont tracées.

Des indicateurs de suivi sont en place (indicateurs liés à la prise en charge médicamenteuse informatisée, consommation des antibiotiques, suivi des réunion COMPRIME, nombre de REMED ...). Lorsque les résultats sont en dessous de seuils fixés, les IQSS concernés et les indicateurs internes sont exploités et font l'objet de plans d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les plans d'actions sont en place.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse sont renouvelées, la formation DPC est en ligne sur le logiciel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des

professionnels et des usagers par le biais d'un journal interne Focus (édito mensuel), par l'encadrement auprès des professionnels, dans les instances de l'établissement (en CME où plusieurs interventions concernent l'amélioration des indicateurs, en CSI) et via les comptes-rendus tous accessibles sur le réseau.

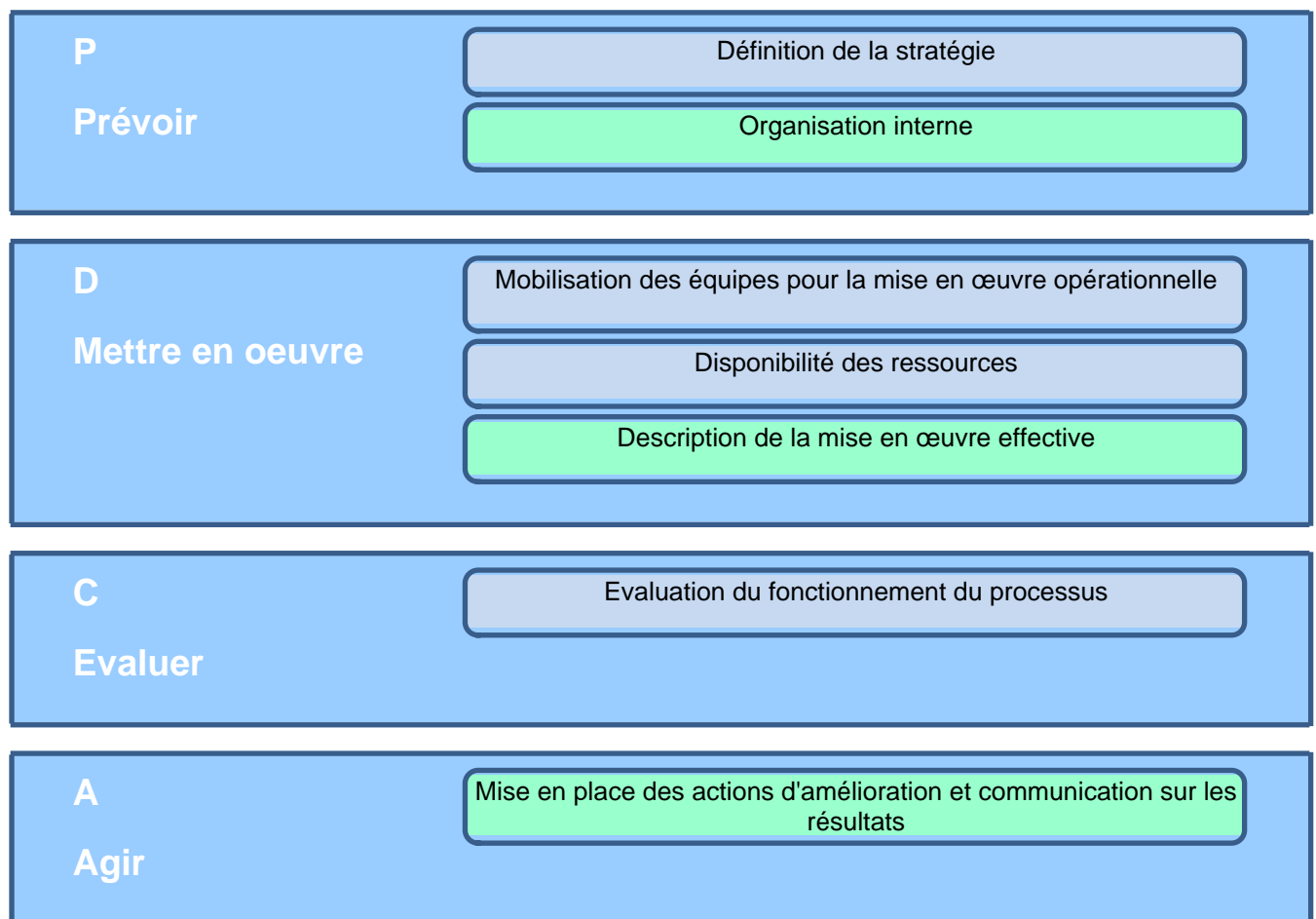
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Historiquement, le service des urgences a été créé en même temps que la clinique François Chénieux. Le service des urgences comporte plusieurs secteurs :

- Un secteur d'accueil avec le bureau de l'infirmier d'accueil et d'orientation des urgences, un bureau d'accueil et une salle d'attente.
- Un circuit court avec deux salles de sutures, une salle de plâtre, une salle d'ophtalmologie et trois box d'examen.
- Un circuit long avec deux salles de déchoquage, quatre salles d'examen équipées en plus des salles de base, des scopes avec rappel dans la salle de soin et de sept box.
- Une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) de 6 chambres.

La cartographie des risques a été élaborée à partir de l'analyse des différents processus, en s'appuyant sur l'exploitation des indicateurs, des événements indésirables, des plaintes et réclamations et sur les comptes rendus des RMM et des CREX mis en place depuis plusieurs années dans l'établissement.

A partir de cette cartographie des risques, des objectifs du SROSS et des données du serveur régional des urgences (ORULIM) il a été élaboré une stratégie et des objectifs. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

La clinique a formalisé un contrat relai avec le CHU de Limoges, a signé la convention constitutive du réseau régional des urgences du limousin (ARS), une convention de partenariat avec Soins Santé pour les personnes de plus de 60 ans, et avec un SSR pour la prise en charge des patients d'oncologie et d'urgences.

Les besoins nécessaires à la prise en charge de populations spécifiques (personnes âgées, démunies...) sont pris en compte ainsi que les situations particulières : afflux potentiel ou récurrent de patients, plans blanc, plan bleu, risque NRBC.

A partir du PAQSS institutionnel, le service a hiérarchisé ses risques selon leur criticité et a déterminé des risques prioritaires qui ont été inscrits dans le compte qualité.

La charte de fonctionnement du service des urgences, régulièrement mise à jour, qui décrit les circuits et les responsabilités de manière détaillée ainsi que les objectifs du secteur et les délégations afférentes, est validée par l'équipe et présenté aux instances. Les actions d'amélioration sont formalisées, hiérarchisées et intégrées au PAQSS institutionnel, chaque projet est affecté d'un responsable, d'un échéancier et fait l'objet d'un suivi.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le service des urgences s'est doté d'un projet de service qui identifie le contexte national et local. Il résume les actions déjà mise en place et propose de nouvelles actions.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les fiches de mission des pilotes de processus sont signées.

Une commission des urgences est en place et se réunit tous les trois mois.

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

Le planning prévoit le nombre nécessaire de professionnels. Des formations sont prévues dans le plan de formation. Il y a une identification des différents secteurs de prise en charge des urgences et la définition d'un pilotage institutionnel commun.

Les locaux et les équipements sont dimensionnés et opérationnels, la maintenance curative et préventive est organisée, l'hygiène des locaux est garantie.

Les circuits de prise en charge sont définis et formalisés selon le degré d'urgence et la typologie des patients.

Certaines filières sont organisées dans la région comme la prise en charge des Accidents vasculaires cérébraux et les infarctus du myocarde. Ces patients sont donc transférés.

Dans l'organisation de la prise en charge des urgences, le recours aux avis spécialisés a été formalisé pendant la visite. Le tableau de garde des spécialistes est établi, actualisé et connu.

Au sein de l'établissement, un secrétariat dédié analyse et organise la gestion de la disponibilité des lits d'hospitalisation et permet de connaître en temps réel les lits libres ou ceux qui vont se libérer.

Les interfaces sont identifiées avec les secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le laboratoire et le service d'Imagerie médicales (Radiologie, échographie, scanner et IRM) sont proches et en lien direct avec le service des urgences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les objectifs du service sont affichés. L'élaboration de la cartographie des risques a impliqué tous les professionnels. A partir de cette cartographie, les risques ont été hiérarchisés selon leur fréquence et leur criticité.

Les risques principaux ont été sélectionnés pour être intégrés dans le compte qualité et concernent la gestion de l'agressivité des patients aux urgences, la continuité du fonctionnement du système d'information en cas de panne du logiciel de gestion des patients, la gestion des prescriptions médicamenteuses et l'apprentissage du matériels et des gestes techniques par les nouveaux arrivants.

Les actions correctives sont formalisées et mises en œuvre.

Le service organise des RMM. Les professionnels participent à l'analyse des plaintes, l'analyse des erreurs, aux RMM et aux CREX.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats, des actions correctives sont mises en œuvre en cas de besoin. Les indicateurs sont tous présentés en staff.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Il y a toujours à l'accueil un professionnel formé à l'orientation des patients (IAO), qui classe l'arrivant dans une catégorie (de CM1 à CM5). Les procédures déterminent ensuite leur prise en charge.

Il existe une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins notamment pour l'accueil en salle de naissance.

La formation du personnel est réalisée avec un recyclage à la pratique des gestes d'urgence tous les 5 ans.

Un entretien annuel avec le cadre du service est réalisé.

Des formations ont été organisées sur la douleur et sur la iatrogénie médicamenteuse.

La gestion documentaire est gérée sur le logiciel de l'établissement et accessible sur tous les postes de travail. Les procédures relatives au processus des urgences sont actualisées.

Le matériel utilisé dans l'unité des urgences et des soins non programmés est géré par les services techniques et biomédicaux, sur le logiciel de GMAO de l'établissement. Les réparations sont prises en charge. Les maintenances préventives sont programmées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Il existe une organisation qui permet la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel. Un service est dédié à cette fonction dans la journée. Deux secrétaires centralisent les prévisions et la gestion des lits. La nuit, les documents de suivi sont descendus aux urgences. Ce service assure la continuité de cette information.

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

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

Le service des urgences vient récemment de changer de logiciel de gestion des patients. Il fournit une fonction de géolocalisation qui permet depuis n'importe quel poste informatique de savoir en temps réel où se trouvent les patients et les délais d'attente sont indiqués.

Toutes les données du dossier médical sont accessibles en temps réel.

Un grand écran tactile est placé dans la salle des infirmières et retrace ces informations.

Toutes les actions sont horodatées en temps réel.

Les résultats de laboratoires et les comptes-rendus d'imagerie médicale sont directement intégrés dans le dossier informatique du patient.

La commission des urgences se réunit régulièrement et analyse les dysfonctionnements.

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.

Un dispositif d'évaluation et suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place.

L'établissement a installé un dispositif d'évaluation et suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

Le tableau de bord analyse :

- Le nombre de passages aux urgences par an

- Le nombre de passages aux urgences par jour
- Le nombre de passages en UHCD
- Le temps moyen de passage
- Le nombre de passage selon le codage CCMU
- Le taux de passage selon le codage CIMU
- Le nombre d'hospitalisations
- Le nombre de patients de plus de 75 ans
- Nombre et taux de fiches de signalement d'EI
- Nombre de RMM et de CREX
- Nombre de commissions des urgences

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience est opérationnel. Les analyses et les plans d'actions sont intégrés dans le système d'information de l'établissement.

Deux EPP sont en cours, l'une concernant la pertinence des demandes d'imagerie pour les patients qui présentent une colique néphrétique et l'autre sur la pertinence des hospitalisations en UHCD.

Les rapports d'activités annuels sont présentés aux instances.

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 d'amélioration sont mises en œuvre au regard des résultats obtenus.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les actions issues des RMM et des CREX sont présentées en CEGERISQ, de même que les actions suite aux plaintes, également présentées en CDU : tous les ans une rencontre est organisée avec visite du service pour les membres de la CDU.

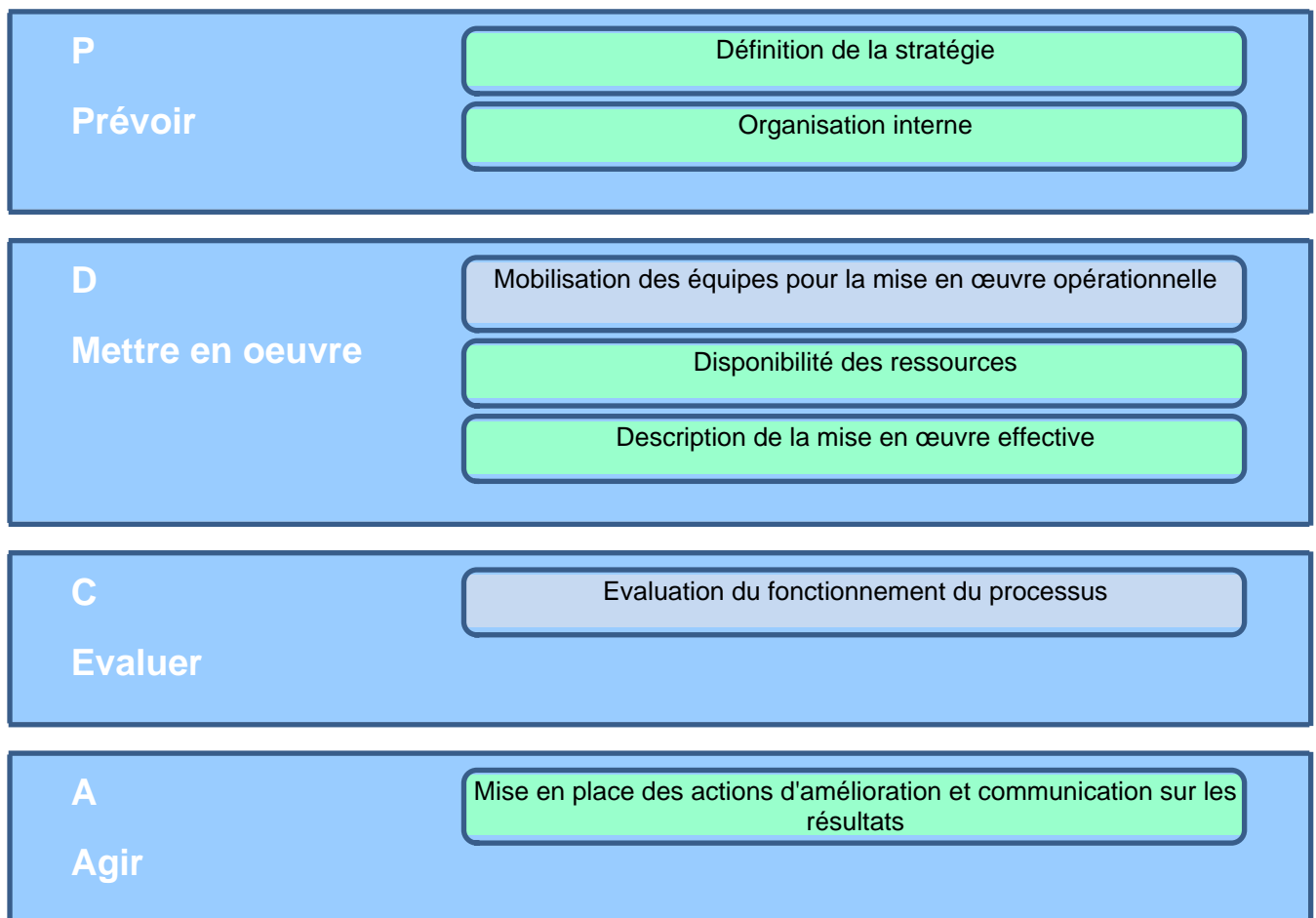
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATEUR

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

Il existe trois sites de chirurgie sur la polyclinique de Limoges : un site de chirurgie ophtalmologique ambulatoire avec trois salles d'intervention et une salle d'IVT sur un bâtiment spécifique pratiquant 7716 interventions chirurgicales et 4330 Injections Intra Vitréennes, un secteur de chirurgie sur le site Chénieux avec dix salles d'intervention et une salle de cardiologie interventionnelle, pratiquant 12682 interventions urologiques, ORL, digestives, bariatriques et de cardiologie interventionnelle (rythmologie), et enfin un secteur de chirurgie sur le site Emailleurs-Colombier avec neuf salles d'intervention pratiquant 9466 interventions viscérales, vasculaires, orthopédiques, urologiques, gynécologiques, stomatologiques et obstétricales. Ceci représente un total de 34194 interventions sur l'année 2015 dans la polyclinique.

Il existe un pilote de processus bloc opératoire et un conseil de bloc dans chacune des trois structures. Cette stratégie a été validée par l'établissement. Il existe quatorze médecins anesthésistes sur le site Chénieux (12 ETP) et six médecins anesthésistes sur le site Emailleurs-Colombier. La politique de prise en charge des patients en ambulatoire est organisée sur tous les sites et conforme aux bonnes pratiques de la chirurgie ambulatoire. Il est effectué 98% des gestes chirurgicaux en ambulatoire dans le centre d'ophtalmologie, 40% sur le site Chénieux et 60% sur le site Emailleurs. Les secteurs de chirurgie ambulatoire sont conformes aux recommandations.

Les chartes du bloc contenant le règlement intérieur et la charte de l'ambulatoire ont été élaborées et validées par le conseil de bloc en avril, septembre et octobre 2016 pour chacun des trois sites. Celles-ci ont été transmises à chacun des acteurs des blocs opératoires. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a mis en place une cartographie des risques avec une analyse et une hiérarchisation des procédures à risque pour chacun des trois sites.

Les modalités de mise en œuvre du programme en termes d'objectifs, d'actions, de responsabilités, d'échéances, de tableau de bord de suivi, sont définies pour chacun des sites. Les observations de l'ASN concernant le bloc opératoire ont été suivies d'actions d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

Chacun des trois sites a établi une organisation pour piloter le processus bloc opératoire. Les rôles et responsabilités des différents acteurs sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. L'organisation de ces blocs repose sur un conseil de bloc opératoire et un responsable paramédical pour chacun des sites. Il existe une charte de fonctionnement pour chacun des trois blocs qui est validée par un conseil de bloc opérationnel, cependant, il n'existe pas de pilotage institutionnel commun.

La politique de prise en charge des patients en ambulatoire est organisée.

Une régulation des activités du bloc opératoire et du brancardage est mise en place permettant de garantir le respect de la programmation, de la sécurité et de l'intimité des patients.

La check-list du bloc opératoire 2016 est mise en place dans les différents blocs. Elle est rendue obligatoire lors de toute intervention.

Les effectifs aux blocs et en SSPI sont prévus en adéquation avec les programmes opératoires.

Les personnels du bloc sont formés et les ratios sont conformes à la réglementation et aux recommandations des sociétés savantes.

Les besoins en équipements sont en adéquation avec les activités proposées.

La documentation du bloc opératoire est réactualisée et intégrée dans la gestion documentaire.

Il existe également un logiciel de déclaration des événements indésirables.

La gestion des interfaces est organisée formellement avec l'ensemble des services cliniques, médico-techniques et biomédicaux. Il existe un programme d'actions et un plan de maintenance préventive et curative en adéquation avec les obligations de surveillance et de contrôle concernant les salles des blocs opératoires.

Les besoins du système d'information au niveau des blocs opératoires/SSPI et UCA sont identifiés, en revanche il n'y a pas d'accès informatiques aux informations en temps réel pour l'ensemble des acteurs tout au long de la prise en charge des patients. Il n'existe pas d'informatisation pour la programmation des interventions au bloc opératoire, pas d'informatisation du dossier d'anesthésie. Le programme opératoire est sur un support papier alors que les moyens informatiques pourraient permettre un suivi sur le logiciel de bloc opératoire. Les prescriptions à partir de la SSPI se font sur le logiciel DPI de l'établissement, mais la phase d'autorisation de sortie du patient du secteur de chirurgie ambulatoire ophtalmologique n'est pas organisée selon les bonnes pratiques : elle ne repose pas systématiquement sur une évaluation médicale. Il existe une délégation des médecins de la structure du centre ambulatoire d'ophtalmologie de la clinique Chénieux aux IDE de la structure d'ambulatoire pour la sortie des patients ayant bénéficié d'une anesthésie. En effet, l'IDE autorise la sortie du patient de la structure d'ambulatoire d'ophtalmologie 45 minutes après la collation si le score de CHUNG modifié est supérieur ou égal à 7. La prise en charge a été modifiée lors de notre visite et en cours de visite la sortie est validée par un médecin.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et de ses besoins, le management des blocs opératoires organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels que les professionnels se sont appropriés.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels des blocs opératoires sur les risques identifiés et sur le processus par des actions de communication et d'information après chaque conseil de bloc opératoire qui ont lieu trois à quatre fois par an pour chaque site chirurgical.

Le responsable qualité et les pilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Une évaluation régulière du remplissage de la check-list est effectuée sur les trois sites chirurgicaux et des actions d'amélioration sont programmées pour certains sites concernant les fiches 2016. Un plan d'action priorisé avec un pilote et un échéancier est mis en place en cas de dysfonctionnements et de baisse des indicateurs. Les résultats des évaluations périodiques sont communiqués par affichage aux professionnels des blocs opératoires.

Le personnel des blocs opératoires connaît l'outil de déclaration des effets indésirables et l'utilise : l'ensemble des personnels est impliqué dans la gestion des événements indésirables liés au processus du bloc opératoire, et d'une manière générale, les professionnels se sont appropriés les objectifs et les plans d'action d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels du bloc sont formés et les ratios sont conformes à la réglementation et aux recommandations des sociétés savantes. Il existe une IDE régulatrice dans le bloc opératoire permettant d'améliorer les flux des patients et d'optimiser la prise en charge dans chacune des salles d'intervention ouvertes de 8h à 19h30. Elle dispose d'une fiche de poste et fait le lien avec les services, le bloc la SSPI et les brancardiers.

L'environnement des blocs opératoires bénéficie d'une surveillance bactériologique et particulière tous les 6 mois pour les salles d'orthopédie en ISO 5 et annuelle pour les autres salles en ISO7. Cependant, la maîtrise du risque infectieux n'est pas optimale, en effet les témoins de surpression KIMO ne sont pas opérationnels sur les blocs d'orthopédie. Lors de la visite du bloc, les témoins de surpression indiquant +80/+50/+10 et 0 sur les quatre salles d'orthopédie. Les services techniques ont été appelés et les indicateurs de la GMAO indiquaient bien que les salles étaient en surpression. Les surpressions sont validées lors de notre visite et les témoins liquides sont réparés en cours de visite.

Les équipements sont en adéquation avec l'activité pratiquée dans les différentes salles d'intervention. Les produits de santé spécifiques au bloc et à la SSPI (dantrolène, produits sanguins, latex free...) sont immédiatement disponibles.

La documentation du bloc opératoire est réactualisée et disponible pour l'ensemble du personnel sur l'intranet grâce à un logiciel spécifique de gestion documentaire et sur des classeurs qui sont régulièrement mis à jour. Le risque transfusionnel est maîtrisé.

Les équipements et les documentations sont connus des professionnels de bloc. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées. Ces procédures sont conformes à la réglementation ou issues de bonnes pratiques reconnues concernant l'anesthésie, la chirurgie, l'hygiène.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Ces trois secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. La charte du bloc est respectée par chacun des intervenants.

Il existe chaque semaine une revue des actes chirurgicaux par la cellule de programmation. Une cellule de pré-programmation se réunit le mercredi puis une cellule de programmation le jeudi. Les interventions d'urgence s'effectuent sur le site de Chénieux et sont programmées sur des plages horaires de 16h à 19h sur deux salles en orthopédie et sur les mêmes créneaux horaires dans une salle pour l'urologie et sur autre salle pour le viscéral d'urgence.

Les interfaces entre les différents secteurs sont opérationnelles. Il existe un code rouge pour les césariennes en urgence. Il n'existe pas de salle de SAU mais les urgences sont régulées en toute sécurité et en temps réel.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes est effectuée sur un logiciel spécifique. La vérification de l'identité est effectuée à toutes les étapes de la prise en charge dans les blocs opératoires. La traçabilité des ouvertures de salles est effectuée et tracée mais le risque lié à la non conformité des surpressions en salle d'opération n'avait pas été identifié avant la visite. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » version 2016 pour toutes les interventions par l'équipe opératoire est mise en œuvre. Par ailleurs, il n'existe pas d'appel du lendemain en chirurgie ambulatoire pour les patients opérés en ophtalmologie, mais le surlendemain car le patient est adressé à son médecin traitant le lendemain de l'intervention.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les blocs opératoires ont identifié, analysé et hiérarchisé leurs processus à risque (chirurgie d'urgence vraie ou différable, chirurgie ambulatoire et chirurgie programmée) en vue d'établir le programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels inclus dans le compte qualité du bloc et dans le compte qualité de l'établissement. Les risques ont été identifiés, analysés et ont permis d'élaborer des plans d'action avec pilotes et calendriers. Les risques a posteriori sont analysés et aboutissent à un plan d'actions formalisé.

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du plan qualité sur la base d'indicateurs internes quantitatifs (taux de débordement, taux d'occupation) et qualitatifs (infections, satisfaction, reprises).

Il existe également un suivi des indicateurs IQSS avec évaluation de ces derniers permettant des réajustements.

Tous les événements indésirables déclarés sont analysés et permettent d'évaluer a posteriori le processus bloc opératoire afin de mettre en place des actions correctives. L'évaluation de la satisfaction des partenaires et des services prestataires est régulièrement effectuée en conseil de bloc.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels du bloc opératoire sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance sont mis en place. Il existe un plan d'actions qualité pour l'établissement permettant d'identifier le parcours « bloc opératoire ». Les modalités de diffusion sont établies au niveau des équipes opératoires et des acteurs intervenant au bloc. La communication des résultats obtenus est réalisée en interne sous la responsabilité du pilote du processus « bloc opératoire ». Ces réunions s'organisent après la réunion du conseil de bloc autour du "tableau de bord" du processus.

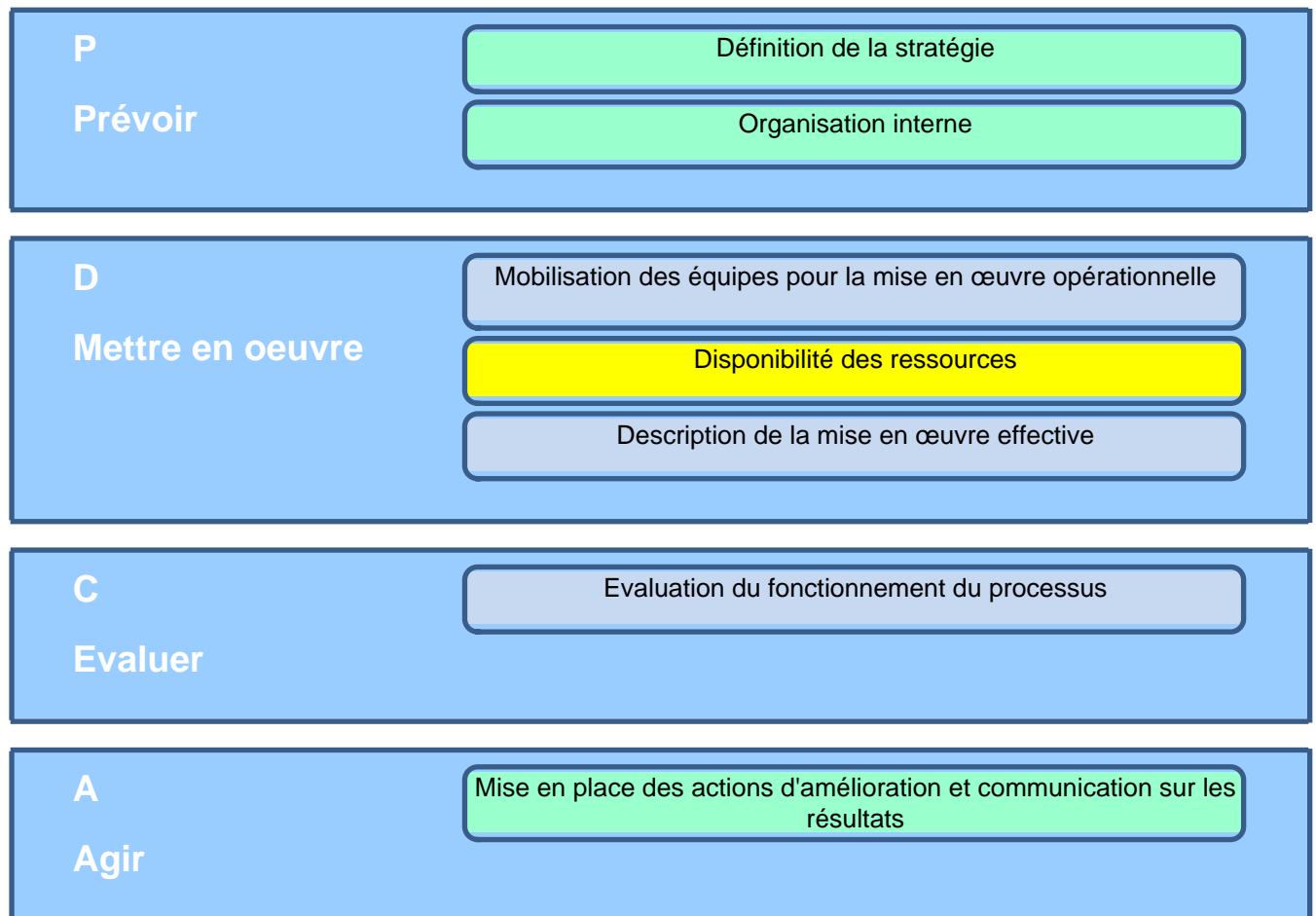
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe trois sites d'endoscopie sur la polyclinique de Limoges. Sur la clinique Chénieux, il existe un site centralisé d'endoscopie au bloc opératoire comprenant de la gastro-entérologie, de la pneumologie et de l'urologie. Sur la clinique Emailleurs-Colombier, il existe un site d'endoscopie d'urologie en consultations externes et quelques gestes d'endoscopie sont pratiqués au bloc opératoire des Emailleurs. Il existe une stratégie validée par les instances de l'établissement et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'activité et à l'établissement. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé : les principaux risques issus de la cartographie sont hiérarchisés dans le compte qualité et font l'objet de mesures de correction. Les pilotes de chaque action, gérée en mode projet, sont identifiés. La politique qualité du secteur d'endoscopie, élaborée par un groupe de travail pérenne transversal aux deux sites, a fait l'objet d'une présentation devant les instances et est incluse dans la charte du bloc opératoire. Elle s'appuie sur le bilan des actions réalisées et sur une cartographie commune à l'ensemble des sites. Cette politique repose sur un pilotage unique du processus endoscopie.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus possède une fiche de mission validée par les instances. Il existe une organisation avec des compétences en adéquation avec la réglementation (effectifs et formations prévues) et des ressources matérielles conformes aux bonnes pratiques. Le risque infectieux des actes est maîtrisé et le patient est informé des risques liés au processus. La gestion des risques est assurée par le responsable qualité en collaboration avec les équipes d'endoscopie et le pilote.

Les interfaces (consultation, les secteurs d'hospitalisation, le Bloc, la SSPI, la stérilisation, la pharmacie, le laboratoire...) sont effectives, ainsi qu'avec les services supports (EOH, service bio-médical, transports, fournisseurs).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La problématique de la diversité des sites et du maintien des qualifications des différents acteurs est prise en compte. Le regroupement des compétences pourrait aboutir à terme à une centralisation générale de cette activité. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur et les IDE de consultation très expérimentées sont amenées à intervenir également au bloc opératoire pour optimiser la sécurisation du processus. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Les professionnels connaissent et utilisent les fiches d'EI. Celles-ci sont analysées et un plan d'actions est réalisé et suivi. Les résultats des audits sont restitués aux professionnels qui participent aux EPP et aux CREX. Le suivi des indicateurs donne lieu à des réflexions complémentaires sur les pratiques (techniques, type d'écouvillons, produits utilisés) y compris auprès des praticiens amenés à compléter les fiches ATNC.

Les équipes ont participé à une analyse de patient traceur. Tous les mois une réunion d'équipe (composée des professionnels médicaux et paramédicaux) est organisée afin de travailler sur les dysfonctionnements, le parcours patients et l'analyse des risques. Une démarche d'accréditation en équipe a été amorcée depuis 2015.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le recrutement s'effectue et s'appuie sur des profils de poste avant une formation spécifique à l'endoscopie. Les effectifs sont présents, le nombre des praticiens permet de répondre à la demande 7j/7 sauf dans le cas d'une hémorragie digestive survenant en pleine nuit où le patient est orienté vers le CHU. La formation initiale et continue des agents et l'évaluation périodique sont ancrées dans la culture du secteur d'endoscopie.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles : parc d'endoscopes, LDE, ESET, gaines, matériel de transport avec des housses (verte pour les endoscopes propres et rouge pour les endoscopes sales). La maintenance préventive et curative est assurée, le parc de matériel et les pratiques sont étudiés pour anticiper d'éventuelles indisponibilités et il existe un projet de renouvellement pluriannuel des endoscopes. Chaque endoscope possède un carnet de vie sur chacun des sites. Il existe une salle de décontamination des endoscopes digestifs avec une paillasse manuelle conforme, 4 doubles laveurs-désinfecteurs (LDE) et 2 ESET dont l'utilisation et la surveillance bactériologique sont conformes aux bonnes pratiques. Il existe une salle de

décontamination des endoscopes urologiques avec une paillasse manuelle dans laquelle est réalisé un rinçage terminal avec de l'eau stérile et un dernier local de pré-désinfection pour les endoscopes pulmonaire avant la mise en laveur dédié, suivi par un rinçage à l'eau stérile.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires qui sont actualisées conformément à la réglementation et disponibles dans l'intranet de l'établissement.

Toutefois, la conception des locaux ne permet pas la garantie de conditions optimales pour la prise en charge des patients et les conditions d'exercice des professionnels :

- Les patients venant pour les endoscopies digestives attendent dans le couloir de la clinique,
- Il existe un croisement des flux de patients de pneumologie et d'endoscopes digestifs,
- Les salles de décontamination-désinfection des endoscopes digestifs, urologiques et pneumologiques sont exiguës et l'utilisation de 4 LDE en même temps engendre un bruit important. De ce fait, les professionnels sont porteurs de bouchons d'oreilles afin de limiter ce risque identifié dans le document unique.

Ces problématiques ont été pointées dans le PAQSS de l'endoscopie et des travaux ont été réalisés en cours d'année 2016 (aménagement de la partie désinfection endoscopes pulmonaire, mise en place de stockage...) et certains ont été programmés sur 2017 (déménagement total du service d'endoscopie).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les procédures ont été travaillées avec l'ensemble des représentants des différents secteurs d'endoscopie. Les équipes d'endoscopie ont été mobilisées pour mettre en œuvre la politique de l'endoscopie de la polyclinique.

L'analyse des risques a été réalisée de façon transversale avec les professionnels sur les 2 sites d'endoscopie par processus : urologie, pneumologie et gastro entérologie. Les risques et plan d'actions sont identifiés avec responsables et délais.

Les IDE sont postées mais sont polyvalentes ce qui permet de maîtriser les risques liés aux différents endoscopies réalisées et permet une mutualisation dans la mise en œuvre opérationnelle.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, que ce soit pour la gestion du matériel, des actes (check-list, identification des risques infectieux, dossier patient), que pour l'entretien des locaux.

Des réunions d'équipe inter site sont organisées afin d'optimiser et d'harmoniser les prises en charge. Le pilote de processus organise ces réunions et se fait aider de l'IDE hygiéniste coordinatrice pour la formalisation des procédures, protocoles et la réalisation d'audit de pratique (ex : L'audit du GREPPH). Des EPP sont réalisées, des indicateurs qualitatifs et quantitatifs sont suivis et ont été remis à l'expert visiteur.

L'audit patient traceur confirme les bonnes pratiques de mise en œuvre du processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a participé à l'audit national du GREPHH et a mis en place un plan d'actions correctives suite aux quelques dysfonctionnements repérés. Le remplissage de la check-list d'endoscopie est systématique et évalué périodiquement. Les évaluations sont planifiées, tous les professionnels sont audités à périodicité définie et les actions d'amélioration nécessaires mises en place sont suivies. Le tableau de bord d'indicateurs de suivi est en place, une importance particulière est accordée à la réalisation des formations et aux taux de conformité des contrôles microbiologiques. Il existe des CREX et des RMM sur le processus et les équipes sont informées et sensibilisées aux indicateurs du processus.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont actualisées et articulées avec le programme d'actions institutionnel : RMM sur les patients sous anticoagulants, CREX sur des EI liés aux matériel ou à la prise en charge. L'étude des résultats des contrôles microbiologiques donne lieu à des analyses approfondies et à des pistes de travail en termes d'évaluation complémentaire des pratiques. Des supports et modalités de diffusion des actions d'amélioration sont établis, y compris pour les patients.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des usagers. Le retour d'information est assuré aux professionnels et la satisfaction des patients est recherchée.

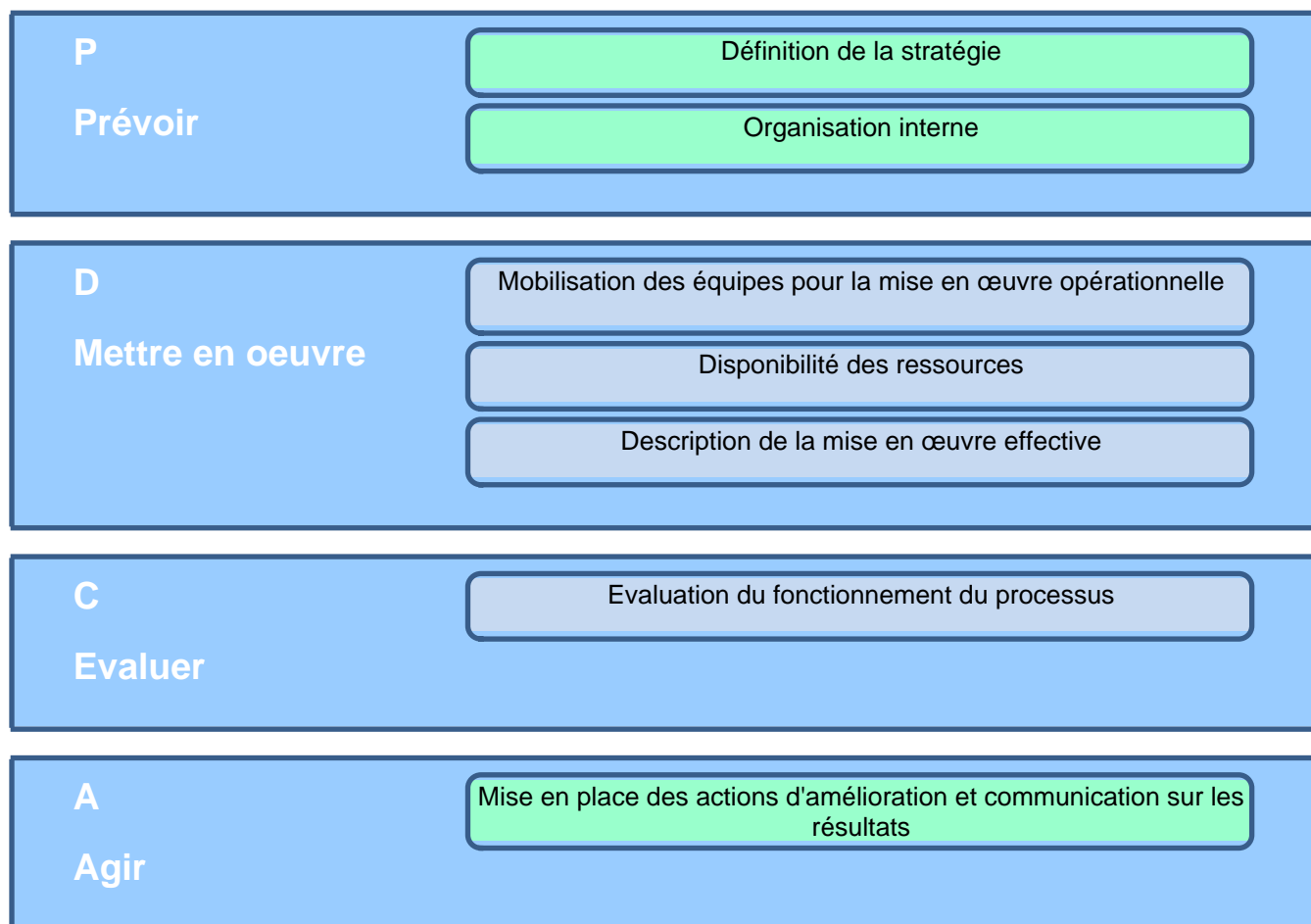
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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 niveau 1 est équipé de deux salles d'examen, deux salles de pré-travail, quatre salles de naissance dont une salle "nature", une salle de réanimation néonatale, une pièce de post accouchement dotée de deux box.

La salle de césarienne est située entre les salles de naissance et le bloc opératoire qui est doté d'une SSPI.

La salle de naissance est équipée d'un échographe.

L'activité en 2015 est de 1159 naissances, et en 2014 de 1188.

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. La politique de la maternité s'inscrit dans le SROSS et le projet de l'établissement. Les priorités nationales sont prises en compte.

Les orientations stratégiques prennent en compte le niveau de risque foeto-maternel de niveau 1. Les IQSS et les indicateurs du service ont été utilisés. Un groupe de travail pluriprofessionnel s'est réuni pour élaborer la cartographie des risques incluant les différents circuits de prise en charge.

Les collaborations sont formalisées avec le réseau de périnatalité PERINATLIM, avec la CPAM pour l'organisation de la sortie e-PRADO et par une convention entre le CHU de Limoges et la clinique des Emailleurs signée en 2012 qui règle les transferts néonataux.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les objectifs et les actions concernant la salle de naissance sont présents dans le PAQSS institutionnel de l'établissement qui est validé par les instances. Les pilotes sont identifiés et les actions priorisées avec des échéances.

Selon la criticité et la fréquence, les objectifs prioritaires sont identifiés et retranscrits dans le compte qualité avec les plans d'actions. Ces objectifs prioritaires sont affichés dans la salle de naissance.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. L'organisation de ce secteur est définie dans le respect du décret de périnatalité de 1998.

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

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les pilotes sont identifiés, leurs rôles et leurs responsabilités sont définis dans les fiches de mission.

Les fiches métiers des sages-femmes cadres, des sages-femmes, de l'infirmier et de l'auxiliaire de puériculture sont écrites.

Les ressources en personnel confirmé sont conformes avec la réglementation, la permanence médicale et para médicale est assurée. Il y a en permanence deux sages-femmes et un obstétricien et au moins une auxiliaire de puériculture et une ASH. Un pédiatre est présent en journée et en astreinte la nuit. Les anesthésistes sont d'astreinte.

Le plan de formation est annualisé et les actions de formation sont établies, théoriques mais aussi pratiques sur simulateurs notamment pour les urgences en obstétrique.

La gestion documentaire est disponible sur le logiciel de l'établissement. Les procédures sont régulièrement actualisées.

Pour répondre aux objectifs et besoins en matériel et équipements, il existe un plan annuel d'investissement.

La charte pour les salles de naissance et la charte pour la salle "nature" sont formalisées.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Des objectifs du processus ont été fixés et validés par les instances avec des actions priorisés. Ils sont formalisés dans le compte qualité : optimisation de la prise en charge en urgence des patientes, processus de modification du tableau de garde, et intégration des anesthésistes remplaçants.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et les objectifs de la salle de naissance sont rappelés sur un document affiché dans la salle des sages-femmes.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des

procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Des audits sont régulièrement menés et des check-lists verrouillent chaque étape de la prise en charge. En cas de non conformité entre les pratiques et les dispositions prévues, les écarts sont discutés lors des staffs de la maternité. A partir des indicateurs suivis régulièrement, des fiches d'événements indésirables, les écarts sont identifiés et les actions correctives mises en œuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

Les effectifs sont conformes à une salle de naissance assurant plus de 1500 accouchements par an.

Un protocole pour l'intégration des nouveaux arrivants est disponible. Les sages-femmes ont deux semaines de formation en doublure avant de prendre la première garde.

La formation est organisée et comporte les pratiques de simulation à l'urgence obstétricale et pédiatrique. Le plan de formation annuel est mis en œuvre. La formation sur simulateur est réalisée notamment pour les manœuvres obstétricales difficiles.

Tous les ans l'encadrement réalise un entretien avec tout le personnel.

Les locaux sont adaptés à l'activité. Toutes les salles de naissances ont un équipement identique. Elles sont équipées d'un système informatique qui enregistre les paramètres de l'enfant et de la maman. Cette surveillance est reportée dans la salle des sages-femmes.

Une salle physiologique est particulièrement équipée, avec en plus des autres salles, un grand lit bas de posture, une baignoire de dilatation, deux lianes d'étirement.

Le matériel des salles de naissance fait l'objet d'un plan d'investissement annuel. La maintenance préventive et curative est gérée par les services techniques et biomédicaux, assistés d'un logiciel de GMAO déployé sur l'ensemble de l'établissement.

La gestion du dossier et le suivi de l'accouchement sont informatisés. Tous les documents nécessaires à la prise en charge sont regroupés dans cette application.

La documentation est gérée par l'application de gestion documentaire de l'établissement. Elle est régulièrement actualisée. Elle est accessible sur tous les postes informatiques.

Un protocole de fonctionnement en mode dégradé est en place.

La démarche qualité documentée et actualisée, organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité, et assure la sécurité de la prise en charge des patientes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge.

L'ensemble des éléments nécessaires à la prise en charge de la patiente sont vérifiés lors de la consultation du neuvième mois. Une check-list permet de vérifier que tous les documents et renseignements nécessaires à l'accouchement soient présents, en particulier la pièce d'identité, la carte de groupe sanguin et le consentement de la patiente. La patiente reçoit alors les documents d'information et le livret d'accueil.

L'identité de la patiente est vérifiée à chaque étape de la prise en charge. La patiente porte un bracelet et les étiquettes sont éditées en salle de naissance. Après la naissance, l'enfant est équipé d'un bracelet à la cheville. Un projet de bracelet anti-rapt est en cours.

Les pathologies associées et les addictions sont repérées.

Les droits des patientes sont pris en compte : information, consentement, confidentialité et intimité.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Elles concernent surtout la catégorie des patientes qui peuvent accoucher dans cette unité, le transfert in utero, la prise en charge d'une hémorragie du post-partum immédiat, la césarienne en urgence avec le code rouge.

Comme le montre le patient traceur, la prise en charge de la douleur (péridurale, MEOPA, et techniques non médicamenteuses) est une priorité : la surveillance des patientes sous péridurale est réalisée, les paramètres sont tracés et l'appel à l'anesthésiste est formalisé.

Les besoins relatifs à la prise en charge des bébés sont assurés et toutes les situations particulières sont gérées voire anticipées, y compris les soins palliatifs.

La promotion de l'allaitement est réalisée.

La présence des papas est favorisée et accompagnée, y compris pour la pratique du "peau à peau".

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

Le risque infectieux est géré grâce à des protocoles de nettoyage quotidien des salles par une société de service et par un protocole de nettoyage réalisé après chaque naissance. Des prélèvements systématiques sont faits.

Le laboratoire est externalisé mais est physiquement présent dans l'établissement. Il permet d'avoir accès 24H/24 à tous les examens nécessaires.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les registres obligatoires sont en place.

Les gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, pédiatres et anesthésistes se réunissent tous les 1er lundi de chaque mois pour présenter et analyser en particulier les césariennes en urgence et les hémorragies du post-partum.

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. La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant les vérifications effectuées (actes, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles, etc.).

La satisfaction de la patientèle est recherchée via un questionnaire de satisfaction inclus dans un livret d'accueil spécifique.

Le recueil et l'analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience sont mis en place, sur le support informatique de l'établissement. Le circuit d'analyse et de traitement des événements indésirables est le même que pour le reste de l'établissement.

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience, etc.) et qualitatifs (événements indésirables, délais, etc.).

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 d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Les actions issues des RMM et des CREX sont présentées en CEGERISQ, les actions suite aux plaintes sont présentées en CDU.