



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER PRIVE
SAINT GRÉGOIRE**

6 boulevard de la boutique
35760 Saint Gregoire
JUN 2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER PRIVE SAINT GREGOIRE	
Adresse	6 boulevard de la boutiere 35760 Saint Gregoire
Département / région	ILLE-ET-VILAINE / BRETAGNE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	350000303	SAS CENTRE HOSPITALIER PRIVE SAINT GREGOIRE	6 boulevard de la boutiere 35760 Saint Gregoire
Etablissement de santé	350000121	CENTRE HOSPITALIER PRIVE SAINT GREGOIRE	6 boulevard de la boutiere 35760 Saint Gregoire

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	220	/	70
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	55	3	/
MCO	Médecine	96	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Centre Régional de Gériatrie de Chantepie Centre de Convalescence "La Pierre Blanche" Clinique Saint Yves La maison de Velleda" clinique de soins de suite et de réadaptation Centre Hospitalier Universitaire de Rennes Hopital Privé Seigné Clinique Saint Laurent Convention de cooperation HAD des Pays de rennes

Etablissement français du sang de Bretagne
 Etablissement français du sang Centre Atlantique
 Réseau régional Bretagne urgences
 SCM centre oncologie Saint Vincent
 Centre hospitalier de Fougères
 Oncobretagne
 Oncorennnes
 Réseau de périnatalité bien naître en Ille et Vilaine
 Unité de coordination en oncogériatrie de Bretagne UCOG
 Clinique de la Côte d'Emeraude
 CPAM

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en 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	Soins palliatifs	Programmé	Complexe	MCO
2	Adulte	Médecine	Chimiothérapie	Programmé	Complexe	MCO
3	Personne âgée	Chirurgie - hospitalisation complète	Orthopédie	Urgences	Simple	MCO
4	Adulte	Chirurgie - hospitalisation complète	Digestive	Urgences	Complexe	MCO
5	Adulte	Chirurgie ambulatoire	ORL/Maxillofaciale	Programmé	Simple	MCO
6	Femme	Obstétrique	Césarienne	Urgences	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
7	Bébé	Obstétrique	Néonatalogie	Urgences	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

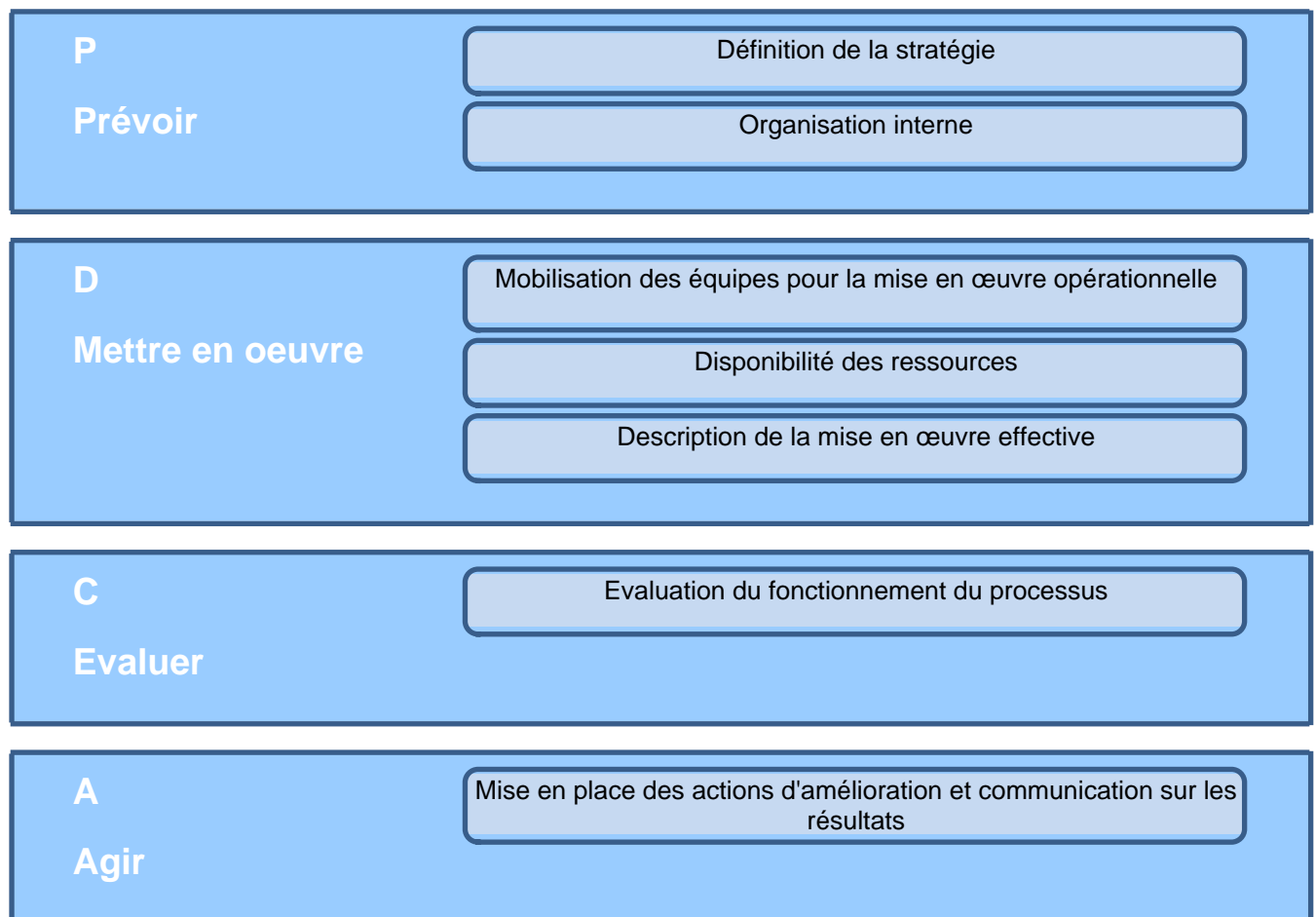
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La démarche qualité gestion des risques du centre hospitalier privé Saint Grégoire (CHP St Grégoire) est articulée avec celle du groupe Vivalto dans un objectif d'harmonisation et de développement des pratiques vers l'excellence. La politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins fait partie intégrante du projet d'établissement. Elle fait l'objet d'une validation en CME et en comité de pilotage qualité/gestion des risques et vigilances. La politique qualité et gestion des risques est définie dans le cadre du projet d'établissement 2016-2020. Elle est le fruit d'une réflexion menée conjointement par la CME, la direction de l'établissement et le service qualité. La politique tient compte des objectifs nationaux et régionaux, des exigences réglementaires, des rapports d'inspection, des résultats des indicateurs nationaux et régionaux (IQSS, IAS, CAQES...), des besoins identifiés par le CHP Saint Grégoire dans le cadre d'une part des analyses des risques a priori, d'autre part de l'analyse des risques a posteriori des dysfonctionnements. Elle comprend quatre objectifs :

- améliorer la gestion de l'information relative au patient
- améliorer l'accueil, l'écoute et le respect des droits du patient et de son entourage
- améliorer la qualité et la sécurité des soins et la maîtrise des risques sanitaires
- développer la culture d'évaluation et la dynamique d'amélioration.

La politique d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est formalisée et fait partie intégrante de la politique qualité. La politique qualité est communiquée à l'ensemble des professionnels. Pour être opérationnelle, elle est déclinée en plan d'actions et d'audits : le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Ce programme précise les responsables des actions et les échéanciers. Il est articulé avec le compte qualité.

L'établissement a réalisé des cartographies des risques pour chaque thématique en équipe pluridisciplinaire. Les risques identifiés comme prioritaires ont été intégrés au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

La démarche qualité gestion des risques est structurée avec un comité qualité gestion des risques et une implication forte du comité de direction : les membres du comité de direction sont tous pilotes d'un processus avec un copilotage par un membre de la communauté médicale ou de l'encadrement.

Les objectifs qualité sont intégrés dans les projets de l'hôpital pour toutes les prises en charge en chirurgie, médecine, obstétrique. Ils intègrent également la dimension recherche comme par exemple en soins infirmiers, le refroidissement du cuir chevelu en cancérologie ou l'innovation comme l'utilisation de bracelets avec puce RFID dans le parcours en ambulatoire.

Ces projets et les objectifs qualité sont discutés, ajustés au cours des différents comités avec un mode de management très participatif :

- Comité de direction hebdomadaire
- Comité de direction médical tous les deux mois
- Bureau de la CME mensuel (une assemblée générale annuelle plénière)
- Comité d'encadrement mensuel qui réunit tous les cadres, administratifs, logistiques, soignants, techniques, ...
- Commission des cadres de santé toutes les trois semaines
- Comité qualité au moins 2 fois par an
- Réunion hebdomadaire pour les cadres du bloc
- Comité pour chaque thématique : Clin, Clud, ...

Dans le cadre de la démarche qualité du groupe Vivalto, des audits croisés entre les 4 établissements du pôle sont organisés régulièrement.

Le service qualité apporte un appui méthodologique à la mise en œuvre de la démarche qualité et gestion des risques au sein de l'établissement. La fonction de coordination de gestion des risques associés (COGRAS) aux soins est occupée par la directrice de la coordination des soins.

Les pilotes opérationnels du processus « management de la qualité et de la gestion des risques » sont la directrice de la coordination des soins et la responsable qualité gestion des risques. Les missions sont définies dans les fiches de poste. Les pilotes du processus sont rattachés directement à la direction générale et travaillent en étroite collaboration avec la CME.

Le comité qualité gestion des risques est opérationnel. Il se réunit au moins 2 fois par an. Ses missions sont définies dans le document organisation de la démarche qualité au CHP St Grégoire.

Des référents qualité (hygiène, douleur, médicaments, hémovigilance, dossier patient, label IHAB en maternité,...) sont identifiés dans l'établissement. Leurs missions sont définies dans une fiche de fonction.

Les représentants des usagers sont également sollicités dans l'organisation de la démarche qualité/gestion des risques au sein de l'établissement par le biais de la commission des usagers et du CLIN.

L'articulation entre tous les acteurs de ce processus est matérialisée par un organigramme qualité/gestion des risques validé par la direction et la CME, celui-ci fait l'objet d'une diffusion sur l'intranet. Le dispositif de gestion documentaire est en place, celui-ci est informatisé. La gestion des déclarations d'évènements indésirables (EI) est organisée. Elle se fait de manière informatique via le même logiciel que celui de la gestion documentaire. Les analyses de causes des évènements indésirables sont réalisées selon la méthode de comité de retour d'expérience (CREX) ou de réunions de morbidité mortalité (RMM). L'organisation pour répondre aux alertes ascendantes et descendantes des vigilances est formalisée comme les procédures d'alerte pour les situations de crise. Les situations à risques sont identifiées et le plan blanc formalisé. La communication est assurée par le lien des différents comités. Les points clés du moment sont relayés chaque semaine par les « descentes du CODIR » et les points de régulation quotidien. Les référents qualité sont également des relais de communication.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des professionnels dans la mise en œuvre des actions s'intègre dans un management de la qualité sous l'impulsion de l'encadrement avec une réelle dynamique d'équipe.

Le programme qualité est déployé dans tous les secteurs d'activité sous la responsabilité des cadres qui précisent à leurs équipes les objectifs, actions et priorités qui les concernent spécifiquement. Les réunions de services permettent de faire le point sur l'avancement des actions, de partager en équipes les résultats des évaluations. Les référents thématiques ainsi que la responsable qualité gestion des risques sont régulièrement sollicités.

Cette organisation facilite l'identification, la mise en œuvre et le suivi des actions correctives avec les professionnels.

Des journées de sensibilisation sont organisées afin de développer la culture qualité : semaine sécurité du patient, bloc des erreurs, parcours des erreurs, quizz ... Les représentants des usagers sont sollicités pour participer à ces journées de sensibilisation. Les CREX/RMM et les EPP participent à l'information et à la sensibilisation des professionnels. Le logiciel de gestion documentaire est un vecteur supplémentaire de l'information du personnel (comptes rendus, composition, règlements intérieur et bilan des comités, documents qualité, protocoles, programme d'actions qualité ...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La mise à disposition en compétences qualité gestion des risques est assurée avec l'équipe qualité gestion des risques composée d'une responsable qualité (qui est également la responsable du management de la prise en charge médicamenteuse) et d'une assistante qualité gestion des risques. Cette équipe collabore en lien étroit avec la COGRAS. Les ressources en compétences sont complétées avec les différents référents thématiques.

Le personnel en poste est formé en interne et/ou en externe à la qualité/gestion des risques. Les pilotes du processus de management de la qualité et gestion des risques sont formés au management de la qualité et à la gestion des risques. Ils ont notamment suivi des formations dans le cadre de la préparation à la visite de certification.

Les cadres sont formés à l'analyse des causes profondes des évènements indésirables. La formation des nouveaux arrivants aux outils qualité et gestion des risques est mise en œuvre.

L'ensemble des documents relatifs au management de la qualité et gestion des risques est mis à disposition du personnel via le logiciel de gestion documentaire sur l'intranet. L'original signé des documents qualité, en version papier, se trouve au service qualité dans des classeurs thématiques. La mise en ligne de tout nouveau document fait l'objet d'une alerte sur la page d'accueil de l'intranet et d'un mail d'information auprès des responsables de service et/ou des praticiens. Le personnel est formé à l'utilisation du logiciel de gestion documentaire et un support d'aide à l'utilisation est disponible dans les services. Les référents et professionnels de l'établissement participent à l'élaboration des documents qualité.

Les ressources matérielles sont à disposition dans les différents services et font l'objet d'une maintenance avec traçabilité. L'accès au logiciel de gestion documentaire se fait par nom d'utilisateur et mot de passe nominatifs ou par compte générique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le processus de management de la qualité et gestion des risques est décliné et effectif au niveau des services du CHP St Grégoire. Les instances sont opérationnelles et se réunissent à périodicité définie. La responsable qualité et/ou la COGRAS participent aux différentes réunions et assurent la coordination entre les différents acteurs.

La direction est chargée de la veille réglementaire. Un plan d'actions prioritaires est mis en place à la suite des contrôles internes et externes par la direction. Un suivi des non conformités est réalisé. Les membres du comité de direction reçoivent quotidiennement les alertes via un abonnement électronique.

Le service qualité reçoit chaque semaine les nouveautés réglementaires diffusées par le service juridique de la fédération des hôpitaux privés.

Une procédure de gestion de crise est définie. En cas de niveau critique atteint, la direction est informée, déclenche l'alerte de situation de crise et réunit la cellule de crise qui définit et met en place un plan d'actions adapté à la situation (adaptation des ressources humaines, optimisation des capacités d'hospitalisation, organisation de la logistique ...). Selon la situation, un signalement est fait aux autorités et une communication est réalisée auprès des professionnels de l'établissement, le préfet, l'ARS, le Samu, les médias. La situation de crise est levée lorsque le niveau d'alerte redescend au-dessous du seuil critique. Le plan blanc a fait l'objet de plusieurs tests : Rappel de cellule de crise, participation à l'exercice organisé par la préfecture et l'ARS dans le cadre des procédures AMAVI en sept 2016 : évaluation des capacités, rappel du personnel et enregistrement des victimes.

L'analyse des risques a été réalisée pour chaque thématique par les pilotes et les professionnels selon la méthodologie de la HAS.

La déclaration et le traitement des événements indésirables sont en place (environ 3500 événements indésirables déclarés par an).

Les fiches d'événements indésirables sont dirigées vers les responsables de service et les pilotes du processus concerné. Le suivi des incidents est réalisé par les responsables de service concernés qui assurent également le retour d'informations aux professionnels. Chaque semaine la cellule d'analyse des événements indésirables se réunit, elle est composée de la directrice générale adjointe, la responsable qualité, la COGRAS, la directrice des soins adjointe, la directrice des blocs, le pharmacien. Cette cellule passe en revue l'ensemble des signalements et s'assure qu'ils ont fait l'objet d'un traitement. Les événements indésirables en lien avec des problématiques médicales sont redirigés vers le président de la CME. Les incidents relatifs à une vigilance font l'objet d'une déclaration par le responsable de la vigilance concernée. Les RMM réalisées dans le cadre de l'accréditation des médecins sont intégrées (16 RMM et 14 CREX en 2017).

La gestion des plaintes et réclamations est centralisée auprès du secrétariat de direction. Trimestriellement, un bilan des plaintes et réclamations est analysé en amont de la commission des usagers (CDU) par les usagers. Ceci a été confirmé par les usagères rencontrées. En fonction du litige, une CREX ou une RMM peuvent être organisées. L'analyse donne lieu à des actions d'amélioration qui intègrent le programme d'actions.

Le recueil des attentes des usagers est également organisé à travers le questionnaire de satisfaction, l'enquête E-SATIS MCO et depuis fin 2017 E-SATIS ambu. Les résultats de ses enquêtes sont présentés transmis aux RU.

La commission EPP se réunit à minima 2 fois par an, elle tient à jour le tableau de bord des EPP en place dans l'établissement. Des fiches EPP sont rédigées pour les EPP en vigueur qui couvrent l'ensemble des activités.

Le dispositif de gestion documentaire est approprié et connu des professionnels rencontrés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus de management de la qualité et de la gestion des risques est réalisé et coordonné par le service qualité qui suit l'ensemble des indicateurs dont les indicateurs qualité nationaux. L'évaluation de ces derniers est complétée avec des recueils hors protocoles tous les trimestres.

Une revue de processus management de la qualité et gestion des risques a été organisée en octobre 2017. Un planning d'audits internes et d'enquêtes est formalisé et revu annuellement.

Le bilan de la démarche qualité gestion des risques repose sur :

- Le bilan des actions du programme qualité,
- Le bilan des événements indésirables,
- Le bilan des crex et des RMM
- Le bilan des plaintes et des réclamations,
- Le bilan des indicateurs qualité.

Chaque instance effectue un bilan annuel présenté en CME et au comité de pilotage qualité gestion des risques. La cartographie des risques management de la qualité et gestion des risques est révisée tous les deux ans.

A / AGIR

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

En fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, la politique qualité/gestions des risques et

le programme qualité/sécurité des soins qui en découlent sont réajustés.
Des actions d'amélioration sont mises en place en cas de non-conformité, d'écarts identifiés, de risques non maîtrisés, d'évènements récurrents, d'amélioration continue ...
Les actions d'amélioration sont décidées de manières pluridisciplinaires, notamment lors des instances. Un pilote par action est identifié et les équipes participent à l'amélioration des pratiques (élaboration de protocoles, participation aux évaluations, analyse des évènements indésirables ...)
L'encadrement et les référents thématiques transmettent les informations au sein de leurs services. Les comptes rendus d'instances sont diffusés sur intranet, les indicateurs par voie d'affichage et sur le journal interne, les résultats d'audit par voie d'affichage.

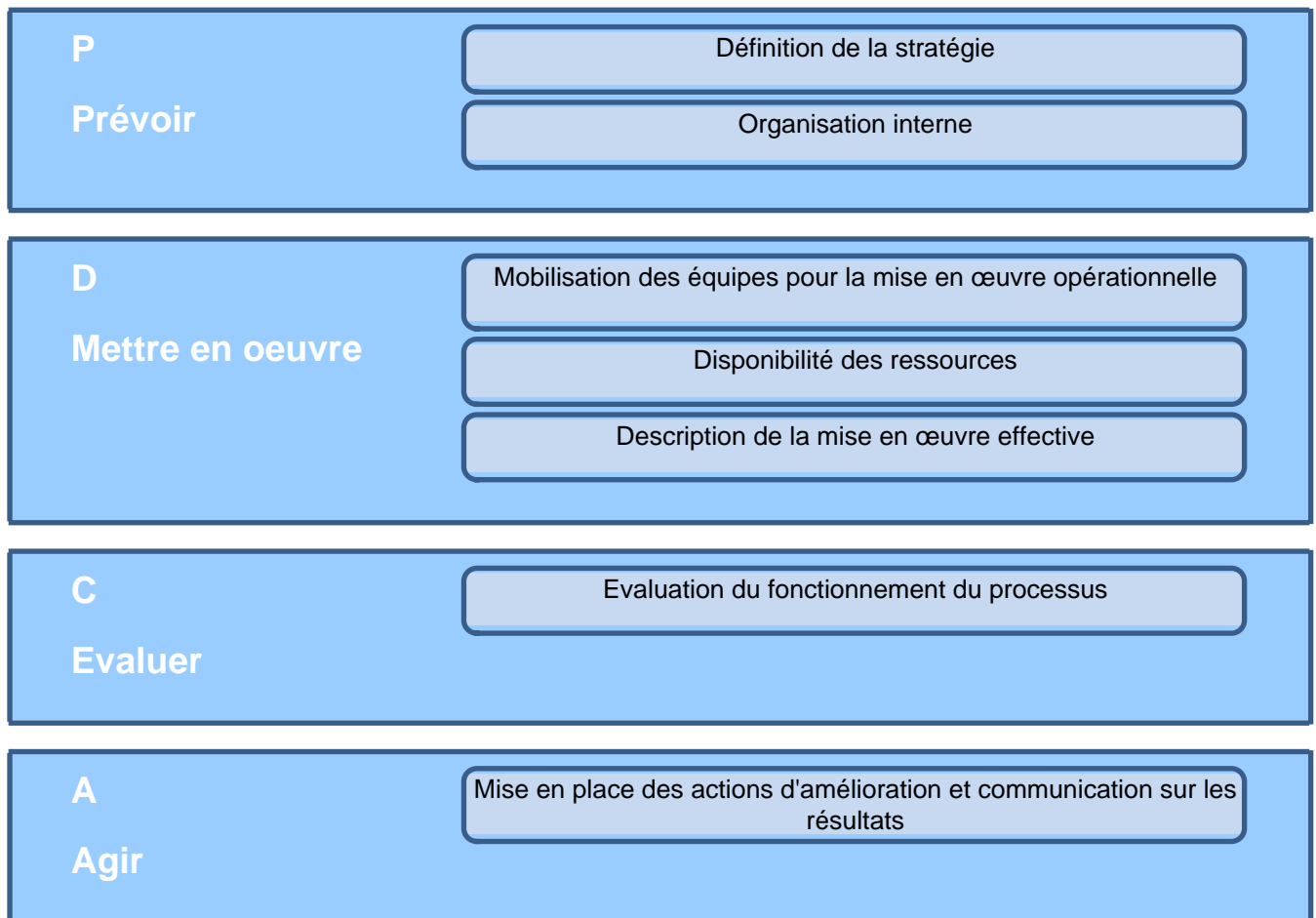
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 a été élaborée par le CLIN, commission de la CME, en concertation avec le coordonnateur des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène. Elle prend en compte les orientations du programme National de lutte contre les infections nosocomiales, du PROPIAS et CPIAS Bretagne. L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des risques ont été réalisées selon la méthodologie HAS pour 3 sous processus que sont : la promotion du risque infectieux, la maîtrise de l'environnement et la prévention du risque épidémique. Les risques dont la criticité est la plus élevée ont intégré le compte qualité. Un plan d'action est défini et articulé avec le programme d'actions institutionnel et le compte qualité. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies. Pour chaque action les objectifs, les actions, les responsables, les échéances et les modalités de suivi sont précisées. La politique et le programme d'actions sont soumis pour validation et diffusion au comité de direction, au comité de direction médical et à la CME. Ils sont présentés au comité d'encadrement, et diffusés pour l'ensemble des professionnels de l'établissement sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

Le centre hospitalier privé Saint-Grégoire (CHP St Grégoire) a établi une organisation pour piloter le processus de maîtrise du risque infectieux, assurer les conditions d'hygiènes optimales des locaux et promouvoir le bon usage des antibiotiques. Le pilotage est assuré par le CLIN. Un règlement intérieur précise ses missions, sa composition, ses modalités de fonctionnement et l'évaluation de ses actions. Un des représentants des usagers (RU) intègre le CLIN, l'ensemble des RU ont pris connaissance du compte qualité et des plans d'action de cette thématique. Le président du CLIN, médecin hygiéniste, est le pilote du processus assisté par deux copilotes : les infirmières d'hygiène hospitalière faisant partie intégrante de l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). Un comité anti infectieux (CAI) est en place, la présidence est assurée par le médecin infectiologue. Les réunions du CLIN sont organisées trimestriellement. Les missions de tous les professionnels sont formalisées dans une fiche de poste. Des correspondants paramédicaux sont désignés et sont les relais du CLIN et de l'EOH auprès des équipes dans chaque unité de soins. Les besoins en formation des professionnels de soins sont identifiés périodiquement et intégrés dans le plan de formation du CHP St Grégoire. Les formations sont organisées institutionnellement, en interne par les IDE hygiénistes qui disposent d'un DU d'hygiène. La gestion documentaire relative à la maîtrise du risque infectieux est organisée, actualisée et mise à disposition des professionnelles via l'intranet. Les locaux, matériels et équipements nécessaires à la maîtrise du risque infectieux sont identifiés. Les prélèvements environnementaux sont organisés selon un calendrier annuel. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteur de soins. Les interfaces sont définies et formalisées avec les différents prestataires internes et externes : gestion des risques, laboratoire de biologie, gestion du linge, gestion des déchets, ... En externe, l'établissement participe au réseau du CPIAS, ARLIN, un bilan d'activité est présenté annuellement à la CME et au CSHT.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des professionnels est assurée par l'encadrement en lien avec l'EOH et les référents. Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs à atteindre et participent (156 soignants) aux audits (hygiène des mains, audit excréta, ...). Des EPP sur l'antibioprophylaxie en chirurgie bariatrique, chirurgie du rachis sont réalisées en consensus. Des groupes de travail sont missionnés pour la gestion des risques en endoscopie, l'audit gestion des déchets, et autres travaux à effectuer. Le recueil et l'analyse des événements indésirables par les professionnels sont effectives (213 déclarations). Les analyses de causes associent les équipes concernées. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles. Les cadres de proximité s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues en lien avec l'EOH. Les hygiénistes se déplacent dans les unités pour évaluer les précautions complémentaires mises en place. (BMR, clostridium). La communication des résultats des différentes évaluations permet de définir en équipe les actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation des nouveaux arrivants est organisée par les référents et les IDE hygiénistes. Des formations sont effectuées par l'EOH sur les précautions contacts, risques infectieux pré opératoire, le bon usage des antibiotiques, la pose de cathéter et de Picc Line, la gestion du linge et le tri des déchets, la prévention des AES... mais aussi par des sessions E-learning, disponibles dans les salles de soins.

Tous les nouveaux médecins sont formés au bon usage des antibiotiques par le médecin hygiéniste qui leurs communique les protocoles d'antibioprophylaxie et guides. Ces protocoles sont directement accessibles pour les praticiens dans le logiciel de prescription (doses durée dilution, débit).

Les documents sont actualisés et à disposition des professionnels comme par exemple la charte du correspondant paramédical en hygiène, les précautions complémentaires, la désinfection des mains. Des protocoles de préparation pré opératoire sont disponibles pour la prise en charge du patient au bloc opératoire.

L'organisation de l'information des patients est assuré : brochures et affiches (hygiène des mains, isolement).

Les locaux, le matériel et les équipements sont adaptés à la prise en compte du risque infectieux. Le bio nettoyage, les prélèvements de surface sont effectués, la qualité de l'eau et de l'air sont contrôlés et font l'objet d'une planification surveillée. Au bloc opératoire et en endoscopie, les différentes zones de bloc sont définies, les règles de circulation des patients et du matériel sont respectées, les zones de stockage identifiées, la surpression maintenue.

Le dossier du patient permet d'identifier le statut infectieux du patient, ce signalement est opérationnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les protocoles d'hygiène des locaux sont mis en œuvre, en lien avec l'EOH.

L'hygiène dans les actes infirmiers ou médicaux est effective (port des tenues professionnelles, absence de bijoux, hygiène des mains). Les équipement de protection individuelle sont en place et utilisés: masques, gants, sur blouses jetables, collecteurs. Les Solutés Hydro-Alcooliques (SHA) sont présents dans toutes les unités de soins visités, au bloc opératoire, sur les chariots de soins et dans les chambres des patients. Les protocoles de prévention du risque infectieux standards et spécifiques sont respectés. Le signalement et la déclaration des infections nosocomiales sont effectifs en lien avec le laboratoire, les IDE hygiénistes relayent l'information aux cadres de proximité. Dans les services, le patient nécessitant un isolement intègre une chambre seule, identifiée. Il est informé ainsi que ses visiteurs sur la nécessité d'une restriction d'accès par une plaquette située sur l'unité mobile avec sur blouse, masque, gants pour les visiteurs dès l'entrée de la chambre. Un pictogramme est affiché sur la porte de la chambre comme sur le dossier informatique.

Le bon usage des antibiotiques repose sur le contrôle de la prescription des antibiotiques avec suivi de la consommation par la pharmacie. La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie est effective. En cas de besoin, le médecin infectiologue prodigue des conseils en antibiothérapie pour l'ensemble des praticiens.

La traçabilité de la surveillance environnementale comme le bionettoyage est partagée. Des précautions préventives concernant le circuit de l'eau sont mises en place. La traçabilité de la surveillance de l'air au bloc opératoire est également partagée.

Le risque de prions est tracé en amont de l'intervention bloc opératoire et en endoscopie dans le dossier informatisé du patient, ainsi que la préparation cutanée et l'antibioprophylaxie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la maîtrise du risque infectieux repose sur différentes modalités :

- la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure a fait l'objet d'une analyse de 94 dossiers en 2015. En 2016 un audit de réévaluation de l'antibiothérapie sur 52 dossiers a été réalisé.
- Un bilan comparatif des consommations d'antibiotique a été réalisé (2013-2014 et présenté au CLIN. Les prescriptions d'antibiothérapie à dispensation contrôlées sont observées sur 3 molécules et la surveillance est assurée par le CAI.
- Le recueil d'indicateurs comme les indicateurs nationaux obligatoires, le suivi réglementaire des prélèvements d'environnement, qualité de l'air et de l'eau.
- La surveillance des BMR avec le réseau C CLIN Ouest.
- Des audits de pratiques sur les déchets, les excréta, l'hygiène des mains, la dépilation.
- Des quicks audit sur les prérequis à l'hygiène des mains.
- Des EPP comme par exemple l'antibioprophylaxie de la chirurgie prothétique
- L'audit en endoscopie avec le GREPHH sur la prévention du risque infectieux en endoscopie
- La participation aux journées régionales sur les BMR.

Les résultats et les indicateurs sont exploités et restitués lors des réunions du CLIN, en bureau de CME et dans les différentes réunions d'équipes. Les éléments issus de ces analyses sont synthétisés dans un

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats obtenus. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel. Les risques identifiés au compte qualité ont été maîtrisés par la mise en place d'action au bloc opératoire (vérification de la traçabilité des paramètres à l'ouverture des salles), l'amélioration de l'identification du risque prion dans le dossier patient, la gestion des excréta , mais aussi par la révision de protocoles et procédures (préparation de l'opéré) et le résultat des audits (déchets). L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est réévaluée en tenant compte de ces résultats et des orientations nationales.

L'établissement communique, auprès de ses équipes sur la politique de gestion du risque infectieux, en assemblée générale du CLIN, sa mise en œuvre et son évolution sur l'intranet. Les informations clés sont relayées par l'encadrement et les IDE hygiénistes. Des affiches « flash info » complètent le dispositif de communication. Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés à l'accueil et disponibles sur le site internet de l'établissement. Les usagers sont également informés lors des réunions du CLIN.

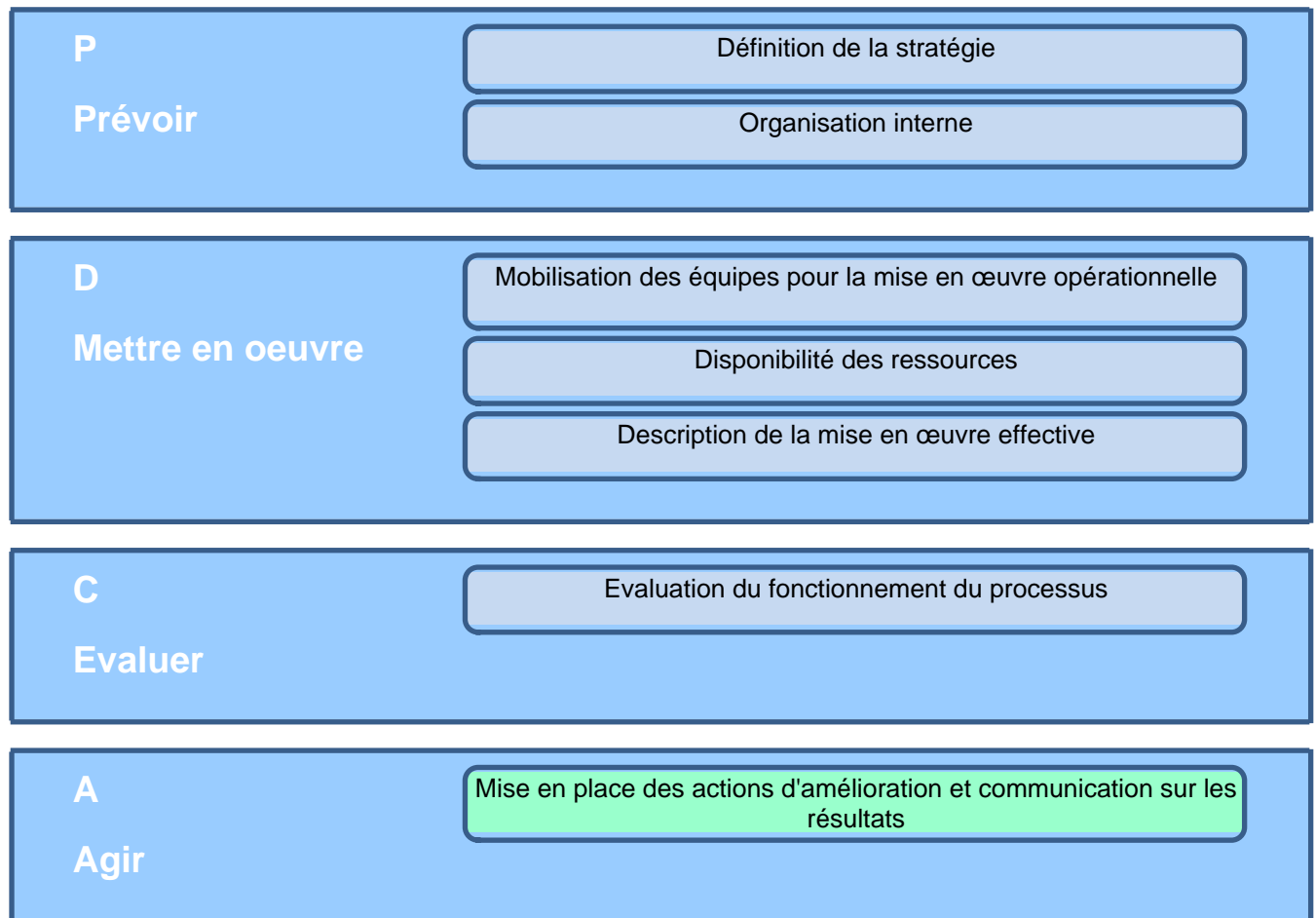
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique des droits des patients vise à promouvoir le respect des droits des patients. Cette politique est retrouvée dans les notes stratégiques de l'établissement, dans le projet de soins notamment sur la prise en charge de la douleur, et dans la formalisation de la réflexion éthique. La politique reprend plusieurs objectifs comme la promotion des droits et devoirs des usagers, le respect des organisations relatives à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance, le respect de la dignité et l'intimité des patients, l'information du patient sur son état de santé.

L'identification des risques a été réalisée en groupe pluridisciplinaire associant les représentants des usagers. Les sources de données mobilisées sont un état des lieux, permettant d'évaluer les situations à risques a priori. Les risques a posteriori proviennent des questionnaires de satisfaction, du suivi des plaintes et réclamations, des indicateurs nationaux, l'analyse des événements indésirables, du bilan de la commission des usagers ainsi que des observations des représentants des usagers.

Les risques dont la criticité est élevée ont intégré le compte qualité. Des objectifs d'amélioration sont définis et un plan d'actions est défini en cohérence avec le programme qualité institutionnel et le compte qualité.

La politique et le programme d'actions sont soumis pour validation et diffusion au comité de direction, au comité de direction médical et à la CME. Il sont présentés au comité d'encadrement, et diffusés pour l'ensemble des professionnels de l'établissement sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus est le directeur adjoint de l'établissement. Un copilotage est assuré par l'assistante de direction formée au droit de la santé. Les fiches de mission de ces pilotes sont formalisées. Les représentants des usagers (RU) participent à cette thématique, un des représentants assure la mission de vice présidence de la CDU. La CDU est opérationnelle et se réunit 4 fois par an. Le centre hospitalier privé Saint Grégoire favorise l'intervention des représentants des usagers (RU) en les intégrant à différentes instances (CDU, CLIN, Certification,...) et à la vie de l'établissement dans l'élaboration de ses projets.

Un groupe projet a été créé pour gérer le processus des droits des patients. Quatre médecins médiateurs et trois médiateurs para médicaux sont nommés. La composition de la CDU est retrouvée dans le livret d'accueil et sur le site internet afin d'informer les patients sur leurs droits et les missions de la CDU.

La commission de réflexion éthique a été créée en 2017, elle est inter établissement et opérationnelle. Elle se réunit plusieurs fois par an. Un Ethicien assure l'animation de cette commission.

Le plan de formation comprend des formations internes et externes sur les droits des patients

La gestion documentaire informatisée est structurée pour prendre en compte les différents volets des droits des patients.

Tous les ans un plan de maintenance du parc hôtelier est réalisé et prend en compte les droits des patients dans l'aménagement des locaux.

Les interfaces sont articulées afin de permettre une cohérence des droits des patients que ce soit entre la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, l'accès au dossier patient ou la maîtrise du risque infectieux dans le cas d'isolement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des professionnels autour des droits des patients est assurée par l'encadrement. Les audits impliquant les soignants et les patients autour de la prise en charge de la douleur par exemple, de l'information et du recueil du consentement, ... favorisent l'implication des équipes. Les résultats de ces audits comme l'analyse des événements indésirables en équipe permettent de définir et de mettre en œuvre les actions correctives.

Les professionnels ont concourus à des prix sur la bientraitance au niveau du groupe Vivalto (film utilisé à des fins de sensibilisation des professionnels) mais aussi pour une reconnaissance et un label de la maternité (axes concernant l'information anténatale et le respect des rythmes du nouveau né).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Différentes compétences sont disponibles pour la mise en œuvre des droits des patients avec le recours entre autres à une assistante sociale, aux professionnels de soins palliatifs, aux psychologues dont une est dédiée à la maternité.

Les professionnels sont formés à l'annonce d'un dommage lié aux soins, la contention, la gestion des situations de violence et d'agressivité. Les professionnels sont sensibilisés au respect des libertés

individuelles ainsi qu'aux droits des patients en fin de vie, à la bienveillance, au respect de la dignité, de l'intimité, de la confidentialité.

Une formation à l'éthique a été réalisée et l'éthicien encadre les professionnels dans leur démarche en abordant des cas pratiques.

La documentation est accessible et mise à jour, on y retrouve la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, la procédure et la conduite à tenir en cas de maltraitance, la procédure de dommage liés aux soins et son dispositif d'information du patient, l'accueil des enfants, la mise en place de contention, l'accès au dossier patient. Un document a été réalisé à l'intention des usagers pour les informer de la présence possible des RU lors des médiations.

L'établissement a tenu compte des droits des patients en favorisant le nombre de chambres seules ; une chambre handicapée est aménagée dans chaque service. Les conditions d'hébergement permettent d'assurer le respect de la dignité, de l'intimité et de la confidentialité des patients lors des soins. Un salon pour l'accueil des patients en soins palliatifs mais aussi un espace pour l'éducation des mamans à « donner le biberon » ont été aménagés.

Les professionnels disposent de codes personnalisés afin d'accéder au dossier patient selon leur niveau de qualification et une veille « écran noir » a été institutionnalisée afin de permettre une confidentialité des données. Les salles de soins sont fermées et accessibles par empreinte digitale et ou codes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les investigations terrains comme les patients traceurs ont permis de constater que le respect des droits des patients est conforme à l'organisation définie.

La charte de la personne hospitalisée est rappelée dans les services.

Le consentement éclairé du patient est recueilli et tracé pour les gestes chirurgicaux et en anesthésie. Les autorisations d'opérer des mineurs font l'objet d'une attention particulière. Une fiche est élaborée dans l'hypothèse ou le patient refuse des soins.

Le patient et son entourage participent à la construction et la mise en œuvre de son projet de soins sous forme d'une cible « Devenir ». Le recueil et l'analyse des besoins sont réalisés dès l'entrée du patient.

Un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont assurés.

La délivrance des informations médicales est organisée par les médecins et respecte la confidentialité.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène et dans les conditions d'hébergement est pris en compte. Le projet personnalisé de prise en charge des soins, les organisations et les pratiques permettant le respect des libertés individuelles.

La prise en charge de la douleur est effective et tracée tout au long de l'hospitalisation avec différentes échelles.

Les praticiens mettent en œuvre la démarche d'information en cas de dommage associés aux soins et présente l'événement en revues de mortalité morbidité. Le rapport de médiation issue de la conciliation entre les professionnels et le patient est adressé au patient conformément à la réglementation.

Le patient est informé des droits d'accès à son dossier par le biais du livret d'accueil. Les représentants des usagers ont connaissance des courriers de réclamation des patients ainsi que des réponses, des déclarations des événements indésirables. Un point trimestriel lors de la CDU est effectué ainsi que le score du résultat des enquêtes de satisfaction.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi du respect des droits des patients à l'aide d'outils et d'indicateurs. Une évaluation périodique concernant la satisfaction du patient et son entourage est réalisée en interne à l'aide de questionnaire remis dès l'hospitalisation, et en externe avec l'enquête nationale E-Satis. Les indicateurs nationaux sont relevés concernant la prise en charge de la douleur. Des indicateurs locaux sont suivis comme par exemple l'accessibilité du dossier des patients, le délai d'envoi des dossiers, le nombre de réclamations, de plaintes, le nombre de réunions de la CDU... Ces différentes évaluations sont exploitées pour permettent de définir les actions correctives.

Le bilan de la CDU est réalisé annuellement et transmis à l'ARS. Un bilan plus détaillé est remis à la CME et la CDU.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les résultats des évaluations. Ces actions font l'objet d'un suivi, d'une réévaluation et d'une présentation en CDU. Elles sont intégrées au PAQSS. La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers.

Les résultats des indicateurs nationaux sont affichés dans les salles de soins et disponibles au public sur le site internet de l'établissement. Les secteurs ont mis en place les actions prévues au compte qualité (réflexion éthique, confidentialité en endoscopie.)

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

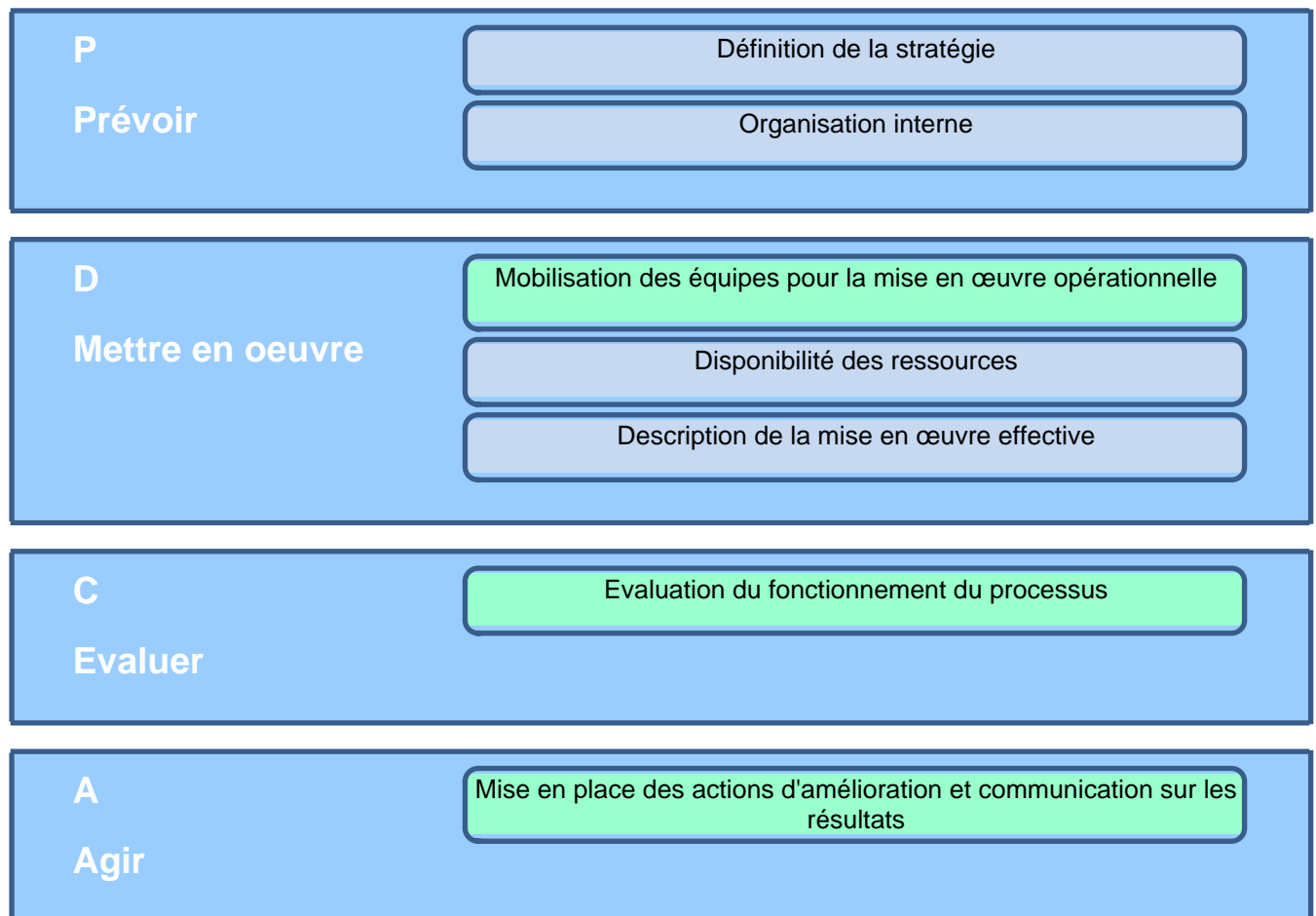
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier privé (CHP) Saint Grégoire est un établissement de 500 lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique avec un service de médecine d'urgence.

Le parcours du patient est au cœur du projet d'établissement. Il se décline dans le projet de soins et le projet médical en fonction des différentes spécialités. Le parcours du patient en ambulatoire est largement pris en compte avec un parcours spécifique pour les enfants (prix FHP de l'innovation). A noter également le parcours du patient en urgence et le parcours spécifique SOS main labellisé. La réhabilitation rapide améliorée après chirurgie (RRAAC) est intégrée dans le parcours des patients en chirurgie.

Le parcours du patient est défini à partir de l'analyse des besoins (réglementation, ARS, HAS, rapport de certification, ...) et de l'analyse des risques (cartographie des risques, résultats des évaluations de pratiques professionnelles, événements indésirables, ...).

Une cartographie des risques par service existe depuis 2007. Elle a été restructurée par thématique de la certification en 2016 et applique désormais la grille de cotation HAS. Elle fait l'objet d'une révision tous les 2 ans. L'identification et la hiérarchisation des risques ont été réalisées en réunion avec les différents professionnels de chaque filière. Les risques identifiés comme critiques font l'objet d'une action d'amélioration et intègrent le compte qualité. Les objectifs d'amélioration sont centralisés dans le programme d'actions de la qualité de l'établissement. Pour chaque action, les pilotes, l'échéance, l'indicateur de suivi et la communication sont définis.

Le programme d'actions est soumis pour validation et diffusion au Comité de direction, au comité de direction médical et à la CME. Il est présenté au comité d'encadrement, et diffusé pour l'ensemble des professionnels de l'établissement sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus du parcours patient est assuré par la directrice adjointe des soins et 3 cadres de santé. Des fiches de poste propres aux fonctions des pilotes sont rédigées. Le pilote du processus "Parcours patient" est rattaché à la direction générale et travaille collaboration avec le comité de direction médical.

La gestion des ressources humaines est adaptée au parcours patient tant dans l'élaboration du plan de formation, les modalités de recrutement que dans la gestion des compétences.

La gestion documentaire est structurée et mise à disposition sur l'intranet de l'établissement.

Les ressources matérielles sont adaptées à chaque spécificité du parcours et la maintenance est assurée par le service compétent.

Le projet d'établissement comprend un volet architectural comprenant entre autres l'agrandissement des blocs opératoires, une refonte des circuits pré et post-opératoires et la construction d'un centre médico-sportif.

Le système d'information est structuré autour du parcours patient avec notamment le déploiement d'un dossier patient informatisé.

Les circuits et les interfaces sont définis et formalisés entre les secteurs cliniques, médicotechniques, logistiques, techniques, administratifs pour faciliter la coordination entre les équipes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes autour du parcours du patient repose sur une implication forte au quotidien de la direction de la coordination des soins (la directrice est également la coordinatrice des risques associés aux soins). Les objectifs et actions prioritaires d'amélioration en cohérence avec la démarche qualité du CHP St Grégoire sont connus et appropriés par les professionnels. Les réunions mensuelles du comité d'encadrement, la commission des cadres de soins tous les trois semaines, le comité de direction médical tous les deux mois, les réunions mensuelles du bureau de la CME et les réunions d'équipes permettent de cibler et de partager les priorités, de préciser les actions pour chaque équipe et de faciliter la sensibilisation. Les résultats des audits, des évaluations de pratiques professionnels (EPP), des indicateurs, des analyses de causes des événements indésirables sont largement partagés. Cette organisation permet d'identifier et de mettre en oeuvre les actions correctives en équipe.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La gestion des compétences s'appuie sur la mise en oeuvre du plan de formation des professionnels. Ce

plan de formation comprend des formations variées autour du parcours patient. On y trouve par exemple des formations sur l'accueil, la gestion de l'urgence vitale, l'éducation thérapeutique, les soins à la personne stomisée, la prise en charge des jeunes enfants, ...

Un système de gardes et astreintes est effectif tant au niveau médical, paramédical, technique, administratif.

Les documents sont actualisés et mis à disposition des professionnels sur un intranet accessible dans tous les services. On y trouve par exemple l'admission des patients en hospitalisation, le transfert d'un patient entre service de soins, la prise en charge d'un patient en détresse vitale, la reconnaissance et la prise en charge du risque suicidaire, ...

Les locaux et équipements sont adaptés aux activités du CHP St Grégoire et font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Comme l'ont confirmé les patients traceurs, le parcours du patient au CHP St Grégoire est structuré et optimisé dans une dynamique travail en équipe.

L'accueil du patient est organisé avec une anticipation basée sur la vérification de son dossier en amont de l'hospitalisation. Ceci permet d'identifier les points d'alerte sur sa prise en charge et d'organiser sa sortie. De même, une réunion en amont de l'hospitalisation permet aux patients d'être informés sur la RRAAC et de se préparer à leur intervention et à la suite. L'accueil en chirurgie ambulatoire est programmé en fonction de l'heure de l'intervention.

L'évaluation de l'état de santé du patient est réalisée dans des délais compatibles avec son état de santé. Le projet de soins est défini à partir de l'évaluation médicale.

En oncologie le projet personnalisé de soins est formalisé par l'oncologue après réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP).

Le dispositif d'annonce est en place avec les infirmières de l'HDJ chimio qui sont formées à la consultation d'annonce.

Un staff hebdomadaire est organisé en oncologie ainsi que des RCP par spécialités en collaboration avec la polyclinique de Cesson ou le CHU de Rennes.

Un staff quotidien est réalisé en néonatalogie avec la maternité.

La continuité des soins est organisée avec un système de garde sur place comprenant un urgentiste, un gynécologue et un anesthésiste pour la maternité et des astreintes pour les autres spécialités.

La gestion des urgences vitales est assurée via des formations régulières, un numéro d'appel unique (anesthésiste) et des chariots d'urgences vitales harmonisés et vérifiés

Le risque suicidaire est pris en compte et fait l'objet d'une procédure. Le recours à un avis de psychiatres est formalisé dans le cadre d'une convention.

Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont pris en compte et font l'objet d'une EPP. Des diététiciennes sont impliquées dans la prise en charge.

Les kinésithérapeutes sont également sollicités sur prescription médicale et en fonction de leur spécificité.

Une socio esthéticienne intervient en oncologie et en soins palliatifs, une art thérapeute intervient en oncologie et en pédiatrie

De même la stomatérapeute, des psychologues et des assistantes sociales participent à la prise en charge des patients.

L'éducation thérapeutique est intégrée au parcours des patients avec 3 programmes agréés concernant :

- La chirurgie de l'obésité,
- La chimiothérapie par voie orale
- La stomie

D'autres actions d'éducation thérapeutiques sont également en place en maternité avec des ateliers biberons par exemple ou encore la RRAAC.

La sortie est organisée avec l'implication d'une IDE référente sortie pour l'ensemble de l'hôpital et qui fait le lien avec les assistantes sociales et les SSR du territoire. Les patients sortent avec leur document de liaison. Ce dernier a été amélioré et standardisé pour prendre en compte les critères exigés par la HAS et les praticiens ont été formés.

Le PRADO est en place pour la maternité en lien avec la CPAM.

A noter également le dispositif Vivalto Dom qui permet d'organiser un retour à domicile avec des prestations adaptées aux besoins du patient et un lien ville hôpital.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du parcours patient repose sur plusieurs modalités regroupant :

- le suivi des indicateurs qualité sécurité des soins nationaux,
- le suivi d'indicateurs internes tels que la satisfaction des patients en chirurgie bariatrique, le taux d'allaitement maternel, etc
- les EPP concernant par exemple la prévention des chutes, la prise en charge des prothèse de hanche et de genou en RRAAC.

Les résultats sont partagés dans les différentes réunions pour identifier les actions correctives. Le bilan de ces évaluations est réalisé en comité qualité.

A / AGIR

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

Le résultat des évaluations et du suivi des indicateurs conduit à l'identification et à la mise en oeuvre d'actions d'amélioration intégrées dans le programme d'actions institutionnel.

Parmi les actions concernant le parcours patient, on trouve par exemple :

- la mise en place d'un support reprenant la traçabilité des différentes étapes de la prise en charge d'un accident vasculaire cérébral,
- la mise en place des formations théoriques et pratiques pour les ateliers de stomathérapie

La communication autour de ces actions est assurée au sein des différentes réunions.

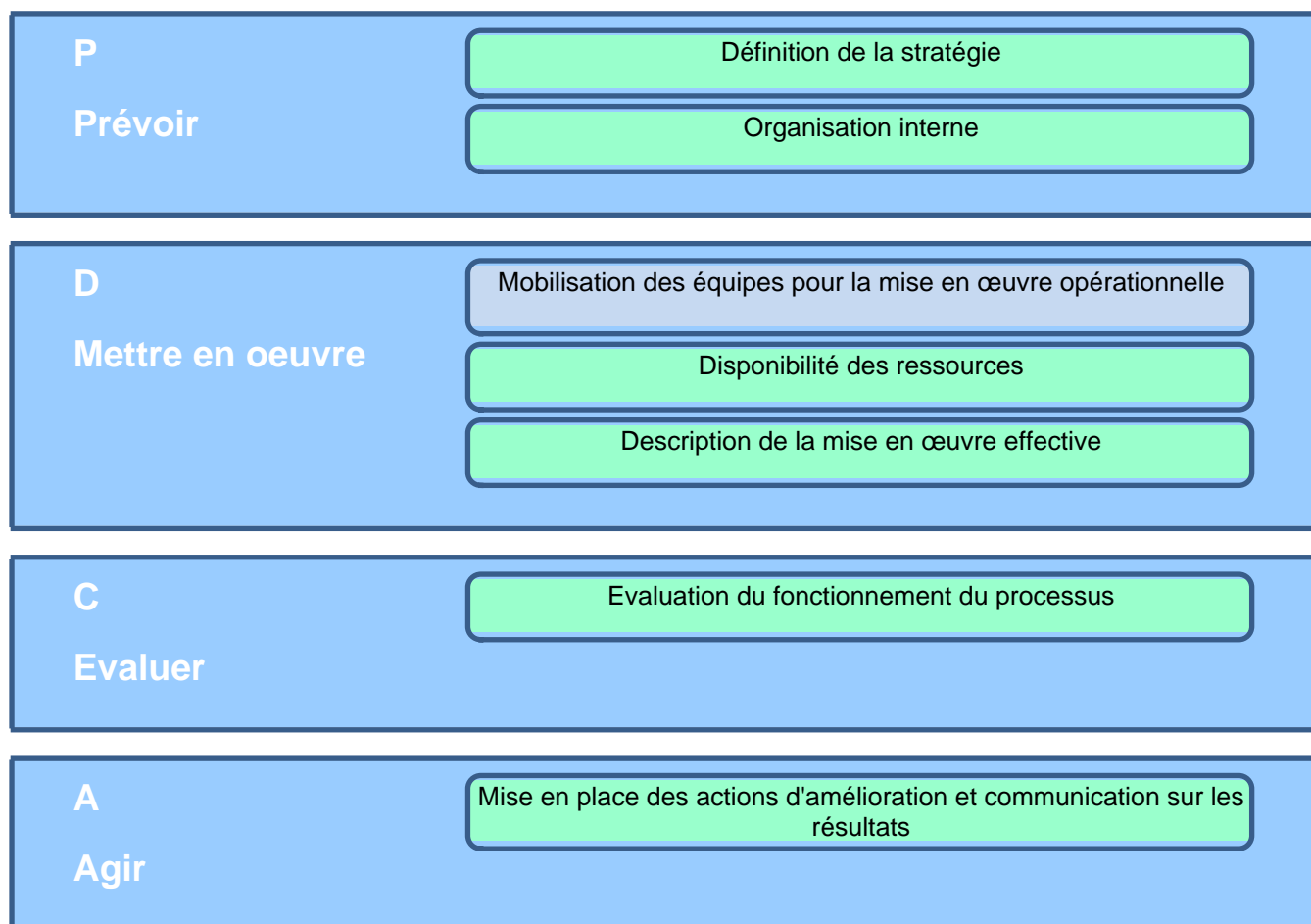
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du dossier patient est rédigée depuis 2016, elle fait partie intégrante du projet d'établissement. Le centre hospitalier privé Saint Grégoire s'oriente vers l'informatisation complète de son dossier patient.

Le dossier patient est informatisé dans tous les services à l'exception de la maternité, la néonatalogie, et l'unité de jour de chimiothérapie. Le dossier transfusionnel se présente en support papier. Le dossier d'anesthésie est informatisé pour sa phase pré opératoire : consultation pré-opératoire (CPA) et visite pré anesthésique (VPA). La traçabilité per opératoire demeure en support papier.

Cette politique prend en compte les risques issus de la réglementation, de la précédente certification HAS, de la veille réglementaire, des indicateurs nationaux notamment en ambulatoire, de l'analyse des fiches d'événements indésirables. L'élaboration du processus a permis aux professionnels de recenser les risques a priori et d'évaluer leur criticité selon la méthodologie HAS. Trois risques, dont la criticité est la plus élevée, sont portés au compte qualité. Le plan d'actions est conforme aux attentes de l'HAS (pilotes, échéances, modalités de suivis), il est intégré au programme d'actions institutionnel et articulé avec le compte qualité.

La politique et le programme d'actions sont soumis pour validation et diffusion au comité de direction, au comité de direction médical et à la CME. Il sont présentés au comité d'encadrement, et diffusés pour l'ensemble des professionnels de l'établissement sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « dossier patient » est assuré par la direction des soins, la gestion des risques associées aux soins et la responsable DIM facturation. Les pilotes sont assistées par le COPIL dossier en place depuis 2012 dont la mission est de développer le dossier selon le parcours patient, en privilégiant la fonctionnalité pour les professionnels. Des référents dossier patients sont identifiés pour chaque service. Les missions et responsabilités sont formalisées dans une fiche de missions.

La CDU a en charge les questions relatives à l'accès du patient à son dossier. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est définie. Une équipe de référents IDE dans tous les services permet l'accompagnement et la formation des professionnels ainsi que l'appropriation de l'outil informatique.

Un Wifi sécurisé, uniquement pour le corps médical est en place.

Les procédures pour la bonne gestion du dossier patient et pour l'accès du patient à son dossier sont mises à disposition dans l'intranet.

Les interfaces avec les autres processus tels que la qualité gestion des risques, les droits des patients, le système d'information sont définies et formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de proximité s'est saisi des enjeux liés au dossier patient informatisé en s'assurant de l'appropriation des procédures par les professionnels en lien avec les référents dossier. Les professionnels ont élaboré leurs protocoles selon les pathologies. Le groupe dossier a construit de façon structurée l'ensemble des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Les professionnels sont informés des nouvelles modalités concernant les mises à jour du dossier informatique par un support écrit diffusé par le groupe dossier et relayé par les référents dossiers et l'encadrement.

Les cadres de soins effectuent des audits mensuels afin de vérifier les pratiques. Les résultats sont partagés et permettent de définir et de mettre en œuvre les actions correctives nécessaires. Il en est de même pour l'analyse des événements indésirables sous forme de comité de retour d'expérience ou de revue morbidité mortalité associant les professionnels concernés.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les formations sont en place pour les professionnels et nouveaux arrivants. Un environnement « test informatique » est utilisé pour tester les nouvelles versions de l'outil.

Les règles de gestion dossier patient sont formalisées, diffusées et connues. Les procédures dégradées en cas de panne informatique sont organisées et formalisées, utilisées lors des mises à jour du logiciel. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier informatisé sont définies en fonction de leur profil utilisateur par le service informatique. Pour les professionnels vacataires, un dispositif de communication de codes à disposition sous enveloppe est en place.

Le dossier transfusionnel, la traçabilité des consentements, de la personne de confiance, des directives anticipées sont recueillis sur un support papier, l'information du recueil est informatique.

Le dossier de maternité et de néonatalogie est sous format papier ainsi que le dossier du secteur de chimiothérapie. Des ordinateurs fixes et portables permettent l'accès au dossier du patient pour l'ensemble des professionnels autorisés.
Les conditions d'archivage du dossier papier sont définies. Les archives sont conservées 3 ans sur place puis externalisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de chaque service appliquent les procédures définies pour la gestion du dossier patient, de la pré admission à la sortie du patient et mettent en œuvre les protocoles et les procédures établies pour la continuité des soins et la traçabilité des actes. L'analyse des dossiers lors des investigations terrains et les patients traceurs ont permis de retrouver les différents éléments attendus.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du dossier sont tracés en temps utiles dans le dossier patient : recueil de données à l'entrée, prise en compte des risques, observations médicales et para médicales, kinésithérapeutes,

Des alertes sont identifiables dans le cadre des allergies, des infections mais aussi pour de nouvelles prescriptions ou des examens de laboratoires en cours de validation. Il existe une fiche de liaison soignant en cas de transfert. La feuille écologique est informatisée ainsi que la check-list.

Les modalités en temps utile du dossier entre les professionnels est facilité par l'informatisation du dossier. ?La lettre de sortie est informatisée et réalisée à partir des éléments du dossier informatisé. Les comptes rendus opératoires sont accessibles. Le jour de la sortie, le patient effectue sa sortie administrative au niveau de l'établissement. Les ordonnances de sorties, la lettre de sortie ainsi que les autres documents utiles sont remis au patient.

L'accès du patient à son dossier est assuré dans les délais définis par la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Outre la participation de l'établissement au recueil des indicateurs nationaux, des évaluations du dossier patient sont effectués par la direction des soins sur certains items notamment le classement du dossier, le remplissage de la feuille de bloc opératoire et de la préparation pré opératoire mais aussi par les responsables des unités de soins mensuellement dans tous les secteurs sur 35 items. Plusieurs items concernent l'amélioration de la traçabilité de la prise en charge du patient au travers le dossier patient.

L'établissement participe aux recueils des données hôpital numérique. Les événements indésirables sont recensés et contribuent à la réalisation de CREX et RMM. Le groupe dossier élabore en même temps que le suivi des risques un tableau de bord d'indicateurs. Un suivi du nombre de demande de dossiers et des délais de transmission des dossiers aux patients est assuré en lien avec la CDU.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, et en lien avec la CDU, comme le respect des délais d'accès au dossier patient, l'informatisation de la salle de réveil, la procédure dossier patient. L'établissement réexamine les risques de son compte qualité ainsi que le suivi des plans d'action.

Les indicateurs sont analysés et permettent, lorsque le seuil n'est pas atteint d'enclencher des rappels et des audits intermédiaires afin de surveiller les pratiques. La cartographie des risques est révisée tous les deux ans. Une communication est réalisée aux professionnels lors des réunions de service mais aussi par la disponibilité des indicateurs affichés dans les unités.

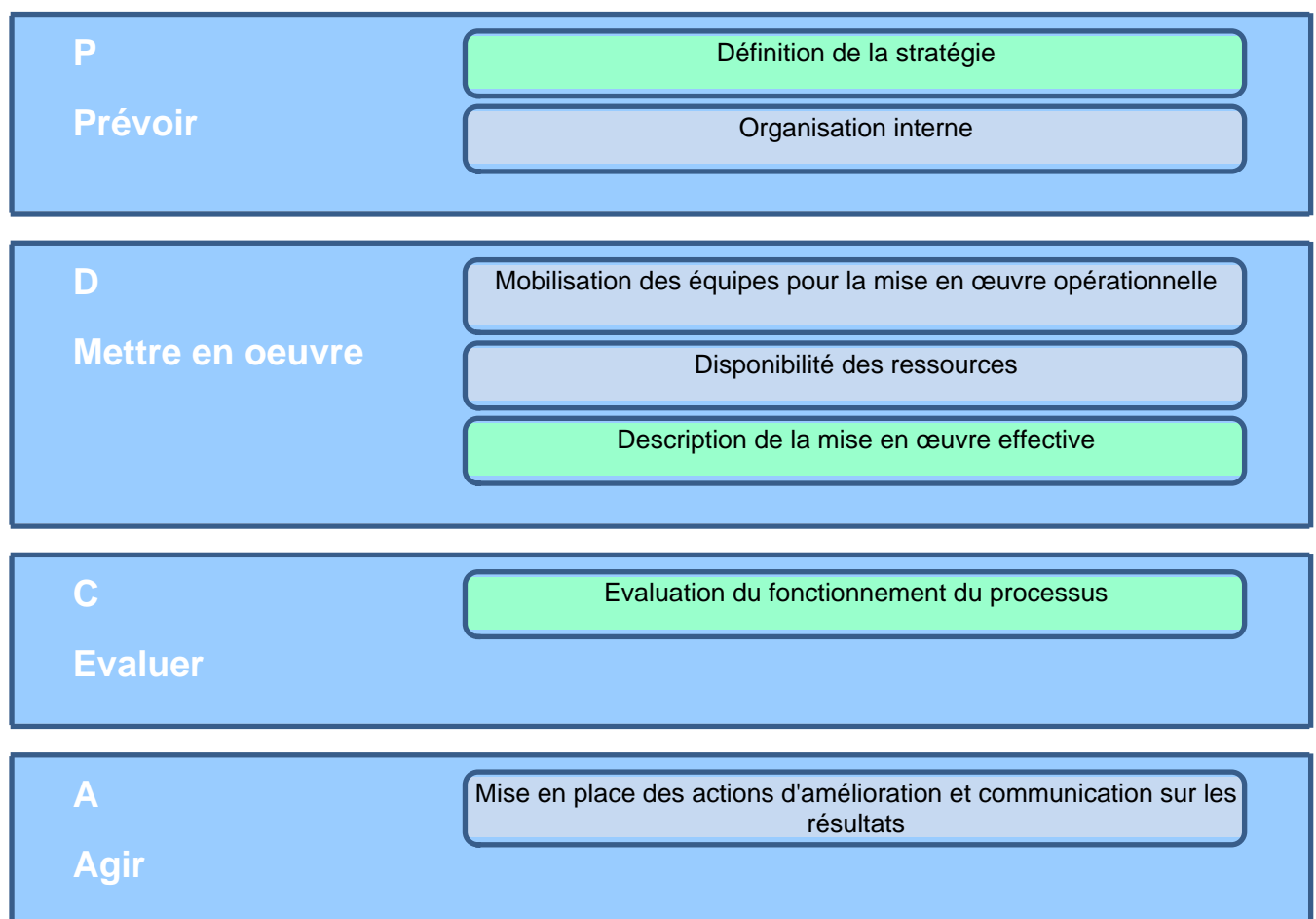
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier privé Saint-Grégoire comprend une pharmacie à usage intérieur (PUI) qui approvisionne les 500 lits et places de médecine, chirurgie et obstétrique.

La cartographie des risques existe depuis 2012, elle a été actualisée en groupe pluridisciplinaire en 2015 et en 2017 avec l'outil de l'ANAP. Elle s'appuie sur la réglementation, les indicateurs nationaux et les événements indésirables. Cinq risques prioritaires sont inscrits dans le compte qualité et font l'objet d'actions d'amélioration intégrées dans le programme d'actions institutionnel. Ces actions sont finalisées ou en cours de mise en œuvre.

La politique de la prise en charge médicamenteuse est formalisée en cohérence avec le contrat de bon usage des médicaments et le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens. Les spécificités de la personne âgée sont prises en compte.

La politique et le programme d'actions sont soumis pour validation et diffusion au comité de direction, au comité de direction médical et à la CME. Ils sont présentés au comité d'encadrement, et diffusés pour l'ensemble des professionnels de l'établissement sur l'intranet

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la prise en charge médicamenteuse est assuré par un groupe comprenant deux pharmaciens dont le pharmacien gérant, la directrice de la coordination des soins, la responsable qualité gestion des risques et le médecin président de la commission des médicaments et des dispositifs médicaux (comedims).

Les fiches de postes sont formalisées et décrivent les rôles et responsabilités de chacun.

La comedims est opérationnelle. Elle se réunit quatre fois par an. Ses missions sont définies dans un règlement intérieur. Des comedims par spécialité peuvent être organisées si besoin.

La responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est la responsable qualité gestion des risques qui travaille en collaboration avec le pharmacien gérant et la coordinatrice des risques associés aux soins.

Le plan de formation du centre hospitalier intègre les spécificités de la prise en charge médicamenteuse pour les professionnels de la pharmacie et des services cliniques. La gestion documentaire recouvre toutes les étapes du circuit du médicament. La gestion des locaux et des équipements est en adéquation avec les objectifs de la prise en charge médicamenteuse. Les plans de maintenance, d'achats et de travaux sont intégrés à la gestion. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en voie de finalisation dans le cadre de l'évolution du système d'information. Les interfaces entre la pharmacie et les autres secteurs de la clinique sont formalisées et permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées autour de la prise en charge médicamenteuse via les cadres et les interventions régulières de la pharmacie en lien avec l'équipe qualité gestion des risques. Les actions prioritaires sont identifiées en fonction des sujets du moment et des résultats des évaluations. Elles concernent par exemple les patients et les médicaments à risques, les modalités de dispensation ou les nouveaux protocoles. Des journées de sensibilisation sont organisées : Quizz Médicament au cours de la semaine sécurité des patients.

L'implication des équipes dans le signalement des événements indésirables est effective avec 175 déclarations en 2017. L'analyse des causes des événements indésirables en lien avec la prise en charge médicamenteuse est réalisée en groupe pluridisciplinaire sous forme de comité de retour d'expérience (5 crex en 2017) ou de revue de morbidité mortalité (6 rmm en 2017).

Les résultats des audits et des évaluations des pratiques professionnelles sont partagés avec les équipes pour identifier et mettre en œuvre les actions correctives

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La prise en charge médicamenteuse est mise en œuvre avec toutes les ressources nécessaires. Les ressources en compétence s'appuient à la pharmacie sur trois pharmaciens (2.7 ETP) et 10 préparateurs en pharmacie (9.8 ETP). A noter l'effort de formation sur la prise en charge médicamenteuse pour assurer le maintien des compétences de tous les professionnels de la pharmacie et des services de soins avec :

- La formation sous e-learning pour les médicaments à risques, la règle des 5 B et le calcul de doses avec évaluation et remise d'un certificat (357 personnes formées en 2017)

- Les films de l'Omedit Bretagne sur les erreurs médicamenteuses présentées en équipe avec échanges sur le scénario de l'erreur

Dans chaque service un infirmier a été désigné référent pour son service. Les référents, les préparatrices et le pharmacien sont chargés d'informer / de former le personnel.

La pharmacie est ouverte de 9h à 18h puis une astreinte est en place. Une armoire de dépannage est installée dans l'unité de soins continus avec un accès contrôlé.

Un logiciel de prescription est déployé dans toutes unités sauf en maternité où il y a un document unique de prescription administration : le DUPA.

Les ressources matérielles sont adaptées et font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance en lien avec le service biomédical. La pharmacie dispose de locaux et d'équipements permettant le stockage, la dispensation et le transport des médicaments dans des conditions appropriées. Les services de soins disposent d'armoires, de coffres pour les stupéfiants, de chariots et de réfrigérateurs dédiés aux médicaments. Ces équipements sont régulièrement vérifiés et la température contrôlée. Les réfrigérateurs sont tous équipés d'une alarme reliée au poste central sécurité. Dans l'objectif de sécuriser l'administration des chimiothérapies, des arbres à perfusion sécurisés ont été mis en place pour éviter le risque de contamination.

Les services où la prescription est informatisée disposent d'ordinateurs en nombre suffisant.

De nombreux documents relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont à la disposition des professionnels sur l'intranet. Ils sont actualisés en fonction de l'évolution de la prise en charge médicamenteuse. A titre d'exemple, on peut citer le livret thérapeutique, le guide de bon usage du médicament, les protocoles médicaux, les règles de prescriptions, le support de prescription DUPA en maternité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Comme constaté lors des patients traceurs et des investigations terrain, les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans toutes les unités sauf en maternité.

La continuité du traitement est assurée avec la reprise du traitement personnel en amont (saisie dans le logiciel de prescription par les anesthésistes) ou à l'arrivée du patient puis à la sortie du patient.

La validation pharmaceutique est réalisée sur les patients de plus de 75 ans en médecine polyvalente, médecine en oncologie et soins palliatifs

La dispensation est nominative pour les traitements personnels, journalière individuelle nominative pour 6 lits de médecine en oncologie. Elle est sous forme de dotation pour les autres unités.

La prescription des antibiotiques est sécurisée avec des packs par traitement d'antibiotiques.

La gestion, le rangement, le transport et le stockage des médicaments prennent en compte les règles d'hygiène, de sécurisation et la chaîne du froid.

Les armoires de médicaments sont sécurisées avec vérification trimestrielle des périmés par les IDE (A noter l'accès sécurisé des postes de soins grâce aux empreintes des professionnels autorisés).

La liste des médicaments à risques est affichée et ces médicaments font l'objet d'un étiquetage spécifique.

La gestion des stupéfiants est organisée avec traçabilité (retour du stock total à la pharmacie à chaque renouvellement). Chaque anesthésiste dispose d'une dotation nominative et individuelle. Les unités de soins sont équipées d'un coffre à clé ou à code. Le changement du code est hebdomadaire ou mensuel en fonction du cadre de santé.

La préparation des piluliers est réalisée par les infirmières de jour ou de nuit. Les piluliers sont identifiés avec l'étiquette du patient et placé dans un casier avec le numéro de la chambre.

L'administration est tracée en temps réel dans le logiciel de prescription ou sur le support papier.

La préparation des chimiothérapies respecte les bonnes pratiques dans une unité de reconstitution centralisée. Les prescriptions de chimiothérapie sont prescrites dans un logiciel spécifique. Les préparateurs sont formés à la préparation de ces médicaments.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée pour les anticoagulants, l'insuline, les chimiothérapies ou dans le cadre de la récupération améliorée après chirurgie (RAAC) par les médecins et les infirmières avec remise de documents en fonction des besoins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La prise en charge médicamenteuse fait l'objet d'un programme d'audits. On peut citer à titre d'exemple :

- un audit du circuit du médicament en 2017 dans le cadre des audits croisés avec les autres établissements du pôle
- un audit sur les conditions de détention des médicaments
- les évaluations mensuelles des cadres qui incluent des éléments de vérification des médicaments

En complément, les indicateurs du contrat de bon usage du médicament, les indicateurs qualité sécurité des soins nationaux sont recueillis.

Une EPP est en cours sur la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Les évaluations sont exploitées pour identifier les actions correctives.

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

Les résultats des différentes évaluations permettent de définir les actions d'amélioration en lien avec le programme qualité. Les résultats sont communiqués aux professionnels et aux usagers via les réunions des instances et d'équipes. Parmi les actions d'amélioration on peut noter de nombreuses actions en lien avec l'informatisation ou des actions liées à la traçabilité. Le suivi des actions est effectif en lien avec l'équipe qualité et l'efficacité des actions réalisées est évaluée pour réajustement si besoin.

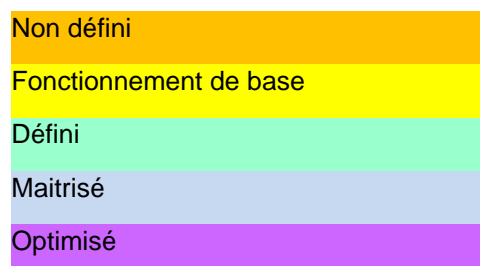
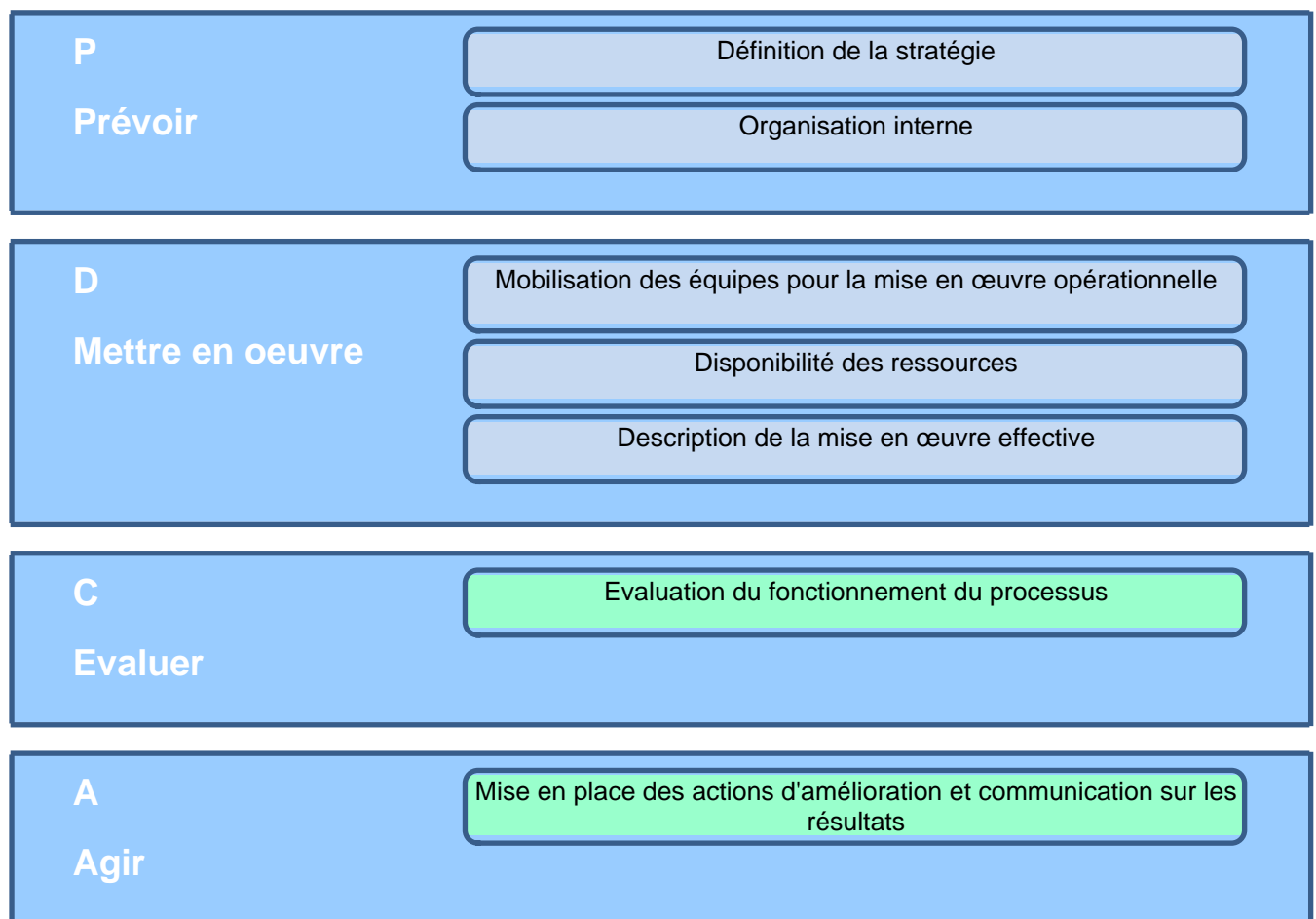
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service des Urgences est composé de 13 boxes dont 7 sont dédiés au circuit court de traumatologie. Il dispose de 2 boxes de déchocage et de 2 lits d'Hospitalisation de Courte Durée (HCD).

La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés a été actualisée en 2017. Elle est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et tient compte du contrat d'objectifs et de moyens en vigueur.

L'Hôpital Privé Saint Grégoire a le projet de développer la filière de traumatologie sportive en lien avec l'Institut Locomoteur de l'Ouest ouvert fin 2016.

La cartographie des risques est actualisée, elle a été effectuée à partir de l'exploitation des données disponibles (événements indésirables, RMM, audits divers, suivi d'indicateurs,...). Deux risques prioritaires ont fait l'objet d'une identification pluri professionnelle ; les plans d'actions sont intégrés dans le PAQSS et sont en cours de mise en œuvre.

Le service fait l'objet d'une autorisation depuis 2007, il est inscrit dans le réseau Bretagne Urgence qui coordonne l'ensemble des établissements accueillant des urgences dans le territoire de santé.

Il est labellisé FESUM SOS main depuis 2016.

Son activité est croissante (38000 passages en 2017, soit +10% en un an), elle est marquée par l'augmentation de la prise en charge des patients relevant des filières médicales et gériatriques.

ORGANISATION INTERNE

La charte rédigée en 2017 détermine les règles de fonctionnement du service ; la gestion des ressources et des interfaces (Bloc Opératoire, Pharmacie à Usage Intérieur,...) est précisée. Les filières et circuits sont identifiés.

Le pilotage du secteur est assuré par la Commission de soins non programmés, sous-commission de la CME.

L'encadrement est assuré par un binôme médico-soignant, travaillant en étroite collaboration avec le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, dans une dynamique d'amélioration continue et collégiale des organisations et des pratiques.

Le dispositif institutionnel permet des admissions directes en journée, notamment en médecine polyvalente, pour certains patients, tels que ceux présentant une pathologie neurologique ou gériatrique.

Le recours à des avis spécialisés est organisé (gériatrie, pédiatrie, cardiologie,...), de même que la sollicitation des compétences en soins de support (assistante sociale,...) et la réorientation vers des structures de soins spécialisées (psychiatrie, neurochirurgie,...) conformément aux conventions en place.

La charte de fonctionnement du service précise les conditions de renfort médical et paramédical en cas d'afflux important de patients ou de présence simultanée de patients nécessitant des soins aigus.

Une cellule de régulation gère les lits vacants dans l'établissement. Une ouverture de lits supplémentaires est possible en cas d'afflux massif de patients justifiant une hospitalisation, avec l'aide des personnels du pool de remplacement.

Le travail est organisé sur la base d'un binôme médico-soignant, que ce soit à l'accueil ou pour la prise en charge dans les boxes.

L'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants (validation des pré-requis, tutorat,...) sont organisés, de même que l'évaluation périodique des compétences.

Les locaux sont récents, leur conception a été basée sur l'analyse des flux de patients et l'anticipation des besoins des utilisateurs.

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

La gestion documentaire est centralisée et informatisée via le logiciel dédié partagé par tous les professionnels de l'établissement.

L'enregistrement de toutes les données de santé est organisé dans le dossier patient informatisé institutionnel.

De nombreux protocoles diagnostiques et thérapeutiques sont intégrés dans le logiciel afin d'optimiser la qualité des prescriptions médicales et de réduire les délais de prise en charge.

Un outil informatique permet la géolocalisation des patients afin de contribuer à réguler au mieux les flux.

L'extraction des données d'activité pour le calcul et l'analyse d'indicateurs ciblés est possible via une fonctionnalité spécifique.

Les interfaces avec les prestataires externes (laboratoire, imagerie, scanner-IRM, échographie) sont formalisées dans des conventions ; une astreinte opérationnelle est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels du service sont impliqués dans le déploiement opérationnel de la stratégie définie. La dynamique pluriprofessionnelle est effective à travers la tenue de réunions pluriprofessionnelles, la réalisation d'audits, l'analyse et le traitement collégial des événements indésirables, la rédaction ou l'actualisation de protocoles de documents divers.

L'encadrement médico-soignant assure la sensibilisation continue sur les risques liés à l'activité du service, ainsi que la communication sur l'avancée des plans d'actions et des résultats obtenus.

Des réunions régulières sont menées avec les prestataires externes (laboratoire, cabinet d'imagerie) et les services pour optimiser les collaborations.

L'analyse des causes profondes des EIG est assurée lors des RMM.

Le service participe aux temps de rencontres sur la gestion des urgences organisées sur le territoire de santé ; des partages d'expériences et d'événements indésirables sont effectués, des RMM communes sont envisagées.

Une EPP est en cours sur la prise en charge des patients présentant une douleur abdominale, elle vise à harmoniser les pratiques dans le cadre d'un chemin clinique et à définir les protocoles diagnostiques pour l'IOA. L'évaluation de la pertinence des examens complémentaires et la prise en charge des patients d'oncologie sont en projet.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La fonction d'IOA est assurée H24, les infirmiers assurant la fonction ont été formés à l'accueil et à l'orientation des patients.

Les personnels bénéficient d'actions de formation en rapport avec l'activité du service (prise en charge d'un pneumothorax, gestion de l'agressivité, calcul de doses, gestion de l'urgence vitale,...).

La permanence des soins est effective ; les listes de gardes et astreintes sont disponibles dans le service.

La révision des organisations effectuée en 2017 a permis d'adapter les effectifs et les horaires de travail des professionnels médicaux et paramédicaux à l'activité ; la fonction de MOA a ainsi été instituée afin de médicaliser l'accueil et d'optimiser l'orientation des patients et leur prise en charge.

Le service est installé dans des locaux neufs et fonctionnels depuis 2013 ; leur rangement et leur entretien sont rigoureux.

Ils font l'objet d'une signalétique interne et externe adaptée aux différents flux de patients et sont accessibles aux handicapés. Le PC sécurité de l'établissement est localisé à proximité immédiate, permettant un recours en cas de situation de violence dans le service.

Le matériel est adapté aux besoins des patients et des équipes de soins ; les équipements sont standardisés dans les boxes, leur maintenance et les contrôles sont effectués conformément à l'organisation définie.

Le service dispose d'un automate d'analyse biologique des gaz du sang et d'un pneumatique pour l'acheminement des prélèvements de biologie vers le laboratoire.

Le dossier patient est informatisé et intégré à l'outil institutionnel. Une réflexion est en cours pour mieux l'adapter aux spécificités de l'activité d'urgence.

La continuité des soins et la coordination avec les professionnels des services d'aval est effective.

L'identification des patients se fait dans le logiciel selon un code couleur associé au degré d'urgence apprécié par l'IOA selon leur état de santé à l'entrée ; une réflexion est en cours pour adopter une échelle de tri et d'orientation des patients.

La documentation est connue et accessible via le logiciel dédié.

Les 2 lits d'HCD permettent la surveillance des patients instables avant leur sortie.

La gestion des lits au sein de l'établissement est opérationnelle ; elle permet un transfert fluide des patients dans les structures d'aval.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le travail en binôme médecin-infirmier est effectif, la prise en charge conjointe des patients est assurée, il n'y a pas de glissements de tâches.

Les pratiques sont conformes, que ce soit en matière d'identitovigilance, de gestion des médicaments, de contrôle des équipements biomédicaux, de gestion du dossier patient,.. ; les patients traceurs réalisés confirment les observations effectuées dans le service.

Des actions d'éducation à la santé sont menées (affichage relatif à la lutte contre le tabac, les accidents de la vie,..)

L'information des patients est assurée via la remise de documents ciblés (surveillance, conduites à tenir, conseils,...).

Un document de synthèse du passage aux urgences est remis aux patients à leur sortie à destination de leur médecin traitant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le tableau de bord du service comporte des indicateurs d'activité (temps de passage, délais d'attente, transferts,...) et qualité (satisfaction des patients, événements indésirables,..). Des audits ciblés sont réalisés (tenue du dossier patient, lavage des mains,...). Les différentes évaluations sont exploitées pour identifier et mettre en ouvre les actions correctives.

Un rapport annuel d'activité est formalisé.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations, elles sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement (par exemple : réflexion sur le rôle du MAO, mise en place d'une Check List de transfert,..).

La communication est organisée tant vers les professionnels (réunions de service, comptes rendus de réunions, suivi des plans d'actions,..) que vers les représentants des usagers (analyse des plaintes et des événements indésirables du service lors des réunions de la CDU).

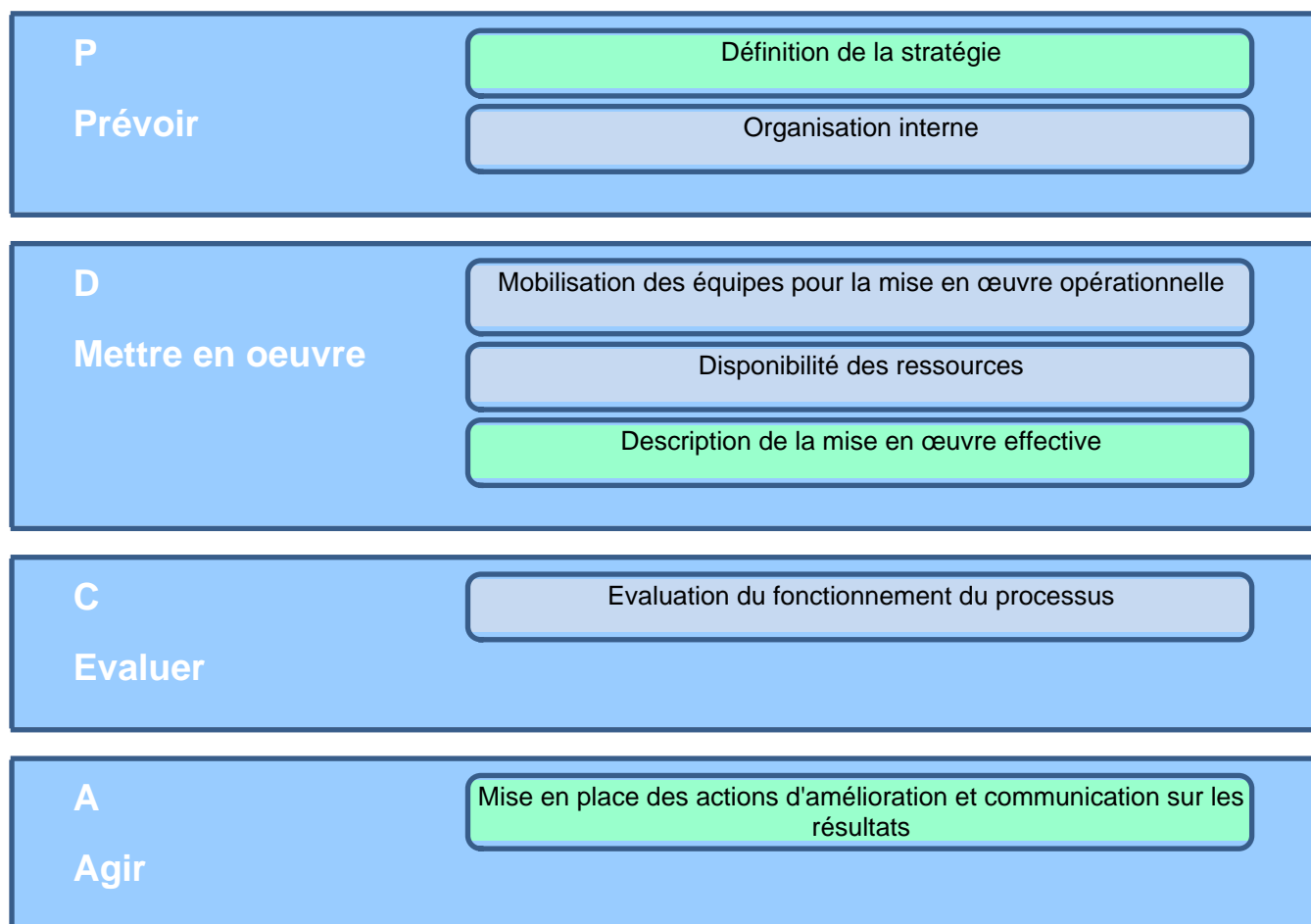
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier privé Saint Grégoire dispose de deux blocs opératoires :

- un bloc de 20 salles d'interventions réparties en trois secteurs d'activité :
 - le bloc hyperaseptique de 8 salles : chirurgie orthopédique, chirurgie du rachis, chirurgie esthétique, chirurgie vasculaire et thoracique,
 - le bloc aseptique de 9 salles : chirurgie digestive, chirurgie ORL, chirurgie maxillo faciale stomatologie, chirurgie gynécologique, chirurgie urologique,
 - le bloc endoscopique de 3 salles : gastro-enterologie et proctologie
- un bloc ambulatoire de 4 salles : ophtalmologie, chirurgie orthopédique (main).

Les deux blocs disposent chacun d'une salle de surveillance post interventionnelle (SSPI), mitoyennes des blocs respectifs :

- une SSPI pour le bloc de 20 salles ouverte 24h / 24, 7j/7 avec 3 secteurs :
 - une SSPI n° 1 avec 14 postes,
 - une SSPI n°2 » avec 12 postes
 - une SSPI n°3 (endoscopie) avec 6 postes
- une SSPI du bloc ambulatoire avec 14 postes ouverts de 8h à 19h en semaine.

Le CHP Saint Grégoire a formalisé sa politique de qualité et de gestion des risques du bloc opératoire en lien avec le projet d'établissement. Le secteur du bloc opératoire a identifié et hiérarchisé ses processus à risque dans une cartographie des risques et élaboré un programme d'actions préventives articulé avec le programme qualité. Cette analyse des risques a été réalisée de façon pluri-professionnel en tenant compte des résultats des indicateurs nationaux, des différents circuits de prise en charge (chirurgie ambulatoire, chirurgie programmée et en urgence) et en intégrant les résultats des analyses des événements indésirables de chirurgie et d'anesthésie. Quatre risques prioritaires ont été retenus pour le compte qualité.

La politique et le programme d'actions sont soumis pour validation et diffusion au comité de direction, au comité de direction médical et à la CME. Ils sont présentés au comité d'encadrement, et diffusés pour l'ensemble des professionnels de l'établissement sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a missionné le bureau du bloc pour piloter le processus. Le bureau de bloc est composé du cadre supérieur des blocs et de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA), de deux anesthésistes et d'un pharmacien. Le conseil de bloc réunit le bureau du bloc, le chef du département de chirurgie et d'anesthésie, un représentant médical de chaque spécialité chirurgicale, les cadres de santé IBODE, IADE et de l'UCA, un membre de la direction et un représentant l'E.O.H. Le conseil de bloc supervise l'activité de tous les secteurs de bloc ainsi que les SSPI et se réunit sept fois par an. L'organisation de ce pilotage est définie dans la charte de bloc réactualisée en 2017. L'UCA fait l'objet d'un règlement validé par la direction de l'établissement précisant son organisation, les règles de coordination et de continuité des soins.

L'organisation prévoit la régulation des activités au regard des besoins et des ressources ainsi que des ajustements nécessaires en cas de dysfonctionnement ou de prise en charge des urgences. Le personnel paramédical est réparti en équipe dédiée à la spécialité. Le plan de formation des personnels du bloc est intégré au plan général de formation de l'établissement, il comprend les formations spécifiques par spécialités, les nouvelles pratiques telle que le robot, la pratique de l'hypnose ou la radio protection.

La gestion documentaire informatisée spécifiant l'organisation des blocs et des pratiques professionnelles est organisée, actualisée et accessible par tous les professionnels. Les différents circuits (conventionnel, ambulatoire, urgence) sont définis et accessibles dans la gestion documentaire en ligne. La permanence des soins est organisée avec des tableaux de garde et d'astreintes selon les secteurs.

La gestion des différentes interfaces est organisée et permet l'articulation entre le bloc opératoire et les services cliniques et médicotechniques. La matériovigilance est organisée ainsi que les maintenances préventives et curatives. La gestion des pannes est organisée et prévoit des solutions dégradées en cas de panne. L'établissement dispose d'un dossier patient en partie informatisé et en partie au format papier pour le séjour en SSPI.

La planification des interventions est informatisée, articulée avec le système d'information hospitalier (SIH) et régulée par les cadres du bloc puis validée par les staffs de services à J-7 de l'activité programmée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des professionnels repose sur l'encadrement qui s'assure de la mise en oeuvre des actions et de la conformité des pratiques au regard des procédures via différentes modalités :

- Le bureau de bloc pilote la démarche qualité et la gestion des risques des blocs et s'assure du suivi des actions.
- Le conseil de bloc est opérationnel et se réunit tous les 2 mois.
- Plusieurs réunions des utilisateurs sont régulièrement organisées : tous les trois mois ont lieu des soirées « du réveil », une fois par an une réunion des équipes multi professionnelles par spécialité. Ces réunions traitent des nouvelles pratiques, du rappel de bonnes pratiques suites à des dysfonctionnements et des projets en cours.
- La communication orale est relayée avec des affiches.

Les dysfonctionnements font l'objet de déclarations par les professionnels. La gestion des événements indésirables est effective. Des analyses de causes sont réalisées en groupe pluridisciplinaire : Un comité de retour d'expérience institutionnel est organisé auquel participe le personnel du bloc. Des revues de morbidité mortalité (RMM) en chirurgie et en anesthésie sont réalisées. Les actions correctives sont définies en équipe et mises en oeuvre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le plan de formation institutionnel est mis en oeuvre avec des formations spécifiques au secteur de bloc opératoire (manutention des patients, formations hygiène, hypnose, gestion des conflits). Un dispositif d'évaluation des compétences pour les nouveaux arrivants est en place. Les infirmières de bloc opératoire sont sectorisées selon les spécialités chirurgicales avec des formations spécifiques. La mutualisation de ces professionnels se fait selon des règles établies. Il existe plusieurs référents au sein du bloc opératoire : référent matériel, référent hygiène.

Les documents actualisés sont à disposition des professionnels.

La maintenance préventive et curative du matériel est effective.

La continuité des soins est assurée avec plusieurs listes de gardes et d'astreintes médicales et paramédicales pour chaque spécialité.

La transmission des informations entre le bloc, la SSPI et les services de soins dont l'UCA est possible grâce au dossier patient informatique qui permet l'enregistrement des actes de prises en charge tout au long du processus et au logiciel de programmation des actes au bloc interfacé avec le dossier patient. Le dossier patient contient les informations relatives à toutes les différentes étapes de la prise en charge du patient (consultation chirurgicale, consultation anesthésie, prise en charge pré opératoire en unité de soins, en peropératoire et en SSPI).

Les données règlementaires d'enregistrements des actes de prises en charge spécifiques au bloc opératoire sont en place : contrôle d'ouverture des salles d'opérations, feuille d'écologie et de suivi des interventions, check-list HAS. La traçabilité des dispositifs médicaux et dispositifs médicaux implantables permet d'être en accord avec les bonnes pratiques. La configuration des locaux du bloc opératoire et des salles de SSPI est adaptée et opérationnelle.

L'organisation pour assurer l'hygiène des locaux, la gestion de l'eau de l'air, répond aux bonnes pratiques.

Les mesures de protection au risque ionisant sont en place : port de dosimètres, tabliers de protection.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents circuits formalisés dans la charte sont effectifs : chirurgie en hospitalisation complète, chirurgie ambulatoire, prise en charge des urgences. Les circuits des professionnels, du matériel, du linge et des déchets sont également mis en oeuvre. La programmation est réalisée dans le logiciel de programmation en temps réel par les secrétaires après la consultation avec le chirurgien selon les règles de répartition des vacances décrites dans la charte. L'élaboration du programme réalisé lors de la réunion à S-1 est actualisée à J-1 par les cadres du bloc aidés par un anesthésiste. A cette occasion la coordination de la programmation est soumise à l'adéquation des ressources (humaines et matérielles). Ce programme opératoire est accessible aux secteurs de soins. Le suivi de l'état d'avancement du programme par le cadre du bloc est facilité par l'outil informatique. La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance par l'équipe du bloc en lien avec L'EOH.

Comme l'ont montré les investigations terrains et les patients traceurs, la check-list opératoire de sécurité de l'HAS est mise en oeuvre pour tout acte programmé ou réalisé en urgence. La traçabilité des DMI est assurée et conservée dans le dossier patient. Les circuits de gestion et de traitement des dispositifs médicaux stériles sont définis et mis en oeuvre. Les instruments et les dispositifs médicaux sont traités selon les bonnes pratiques en tenant compte du risque prion tracé. Les conditions d'accueil sont opérationnelles en hospitalisation complète et en ambulatoire et spécifiquement attentionnées en cas de prise en charge des enfants (sécurité, présence des parents, information spécifique). Le transfert des patients entre les secteurs d'activité est sécurisé. Le patient est pris en charge au bloc opératoire dans le sas de transfert par les brancardiers internes au bloc qui réalisent la vérification de l'identité. La prise en charge des patients en SSPI est organisée et mise en oeuvre. La douleur est évaluée à l'aide d'une échelle, traitée puis réévaluée à intervalles réguliers. Les évaluations et les traitements antalgiques sont tracés dans le dossier. Une fiche de liaison informatisée entre le bloc opératoire et le secteur de soins permettent l'enregistrement et la communication des informations utiles à la continuité de la prise en

charge.

Pour les patients pris en charge en ambulatoire, un appel de la veille et un appel du lendemain est systématiquement effectué par l'IDE et tracé dans le dossier du patient. Un score de « mise à la rue » est réalisé avant la sortie par l'IDE, et la sortie est validée par un médecin.

La permanence des soins est assurée dans l'ensemble des blocs opératoires avec une activité 24 heures sur 24 dans les salles d'urgences. L'entretien des salles est assuré par le personnel du bloc opératoire. Les déchets sont stockés dans des locaux dédiés et transportés dans des containers selon des bonnes pratiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les instances du bloc opératoire assurent l'évaluation et le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire à l'aide des indicateurs nationaux, d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs (Temps réel d'occupation des vacations, Temps réel d'occupation des salles par spécialité, par chirurgien, Taux de débordement...). Le dispositif d'évaluation est fait régulièrement à travers de questionnaires d'évaluation de la satisfaction patient notamment en UCA. Les EI rattachés aux blocs opératoires sont traités de façon multidisciplinaire. Les résultats sont exploités pour identifier et mettre en œuvre les actions correctives, elles sont communiquées aux professionnels de bloc et le retour d'expérience est organisé.

A / AGIR

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

À la suite des évaluations, indicateurs et RMM, des actions d'amélioration sont définies et mises en œuvre. Par exemple une information des chirurgiens en CME a été faite pour insister sur la vigilance accrue du respect du timeout lors de l'application de la check-list de bloc opératoire. La communication des résultats est réalisée lors du bureau de bloc, des réunions de service, des soirées du réveil et par voie d'affichage. Afin d'améliorer le résultat de l'indicateur « dossier d'anesthésie », les médecins anesthésistes sont associés au recueil de l'indicateur. Le parcours patient en UCA a fait l'objet de plusieurs initiatives d'amélioration dont le circuit pour enfant avec « HOPIDOU ».

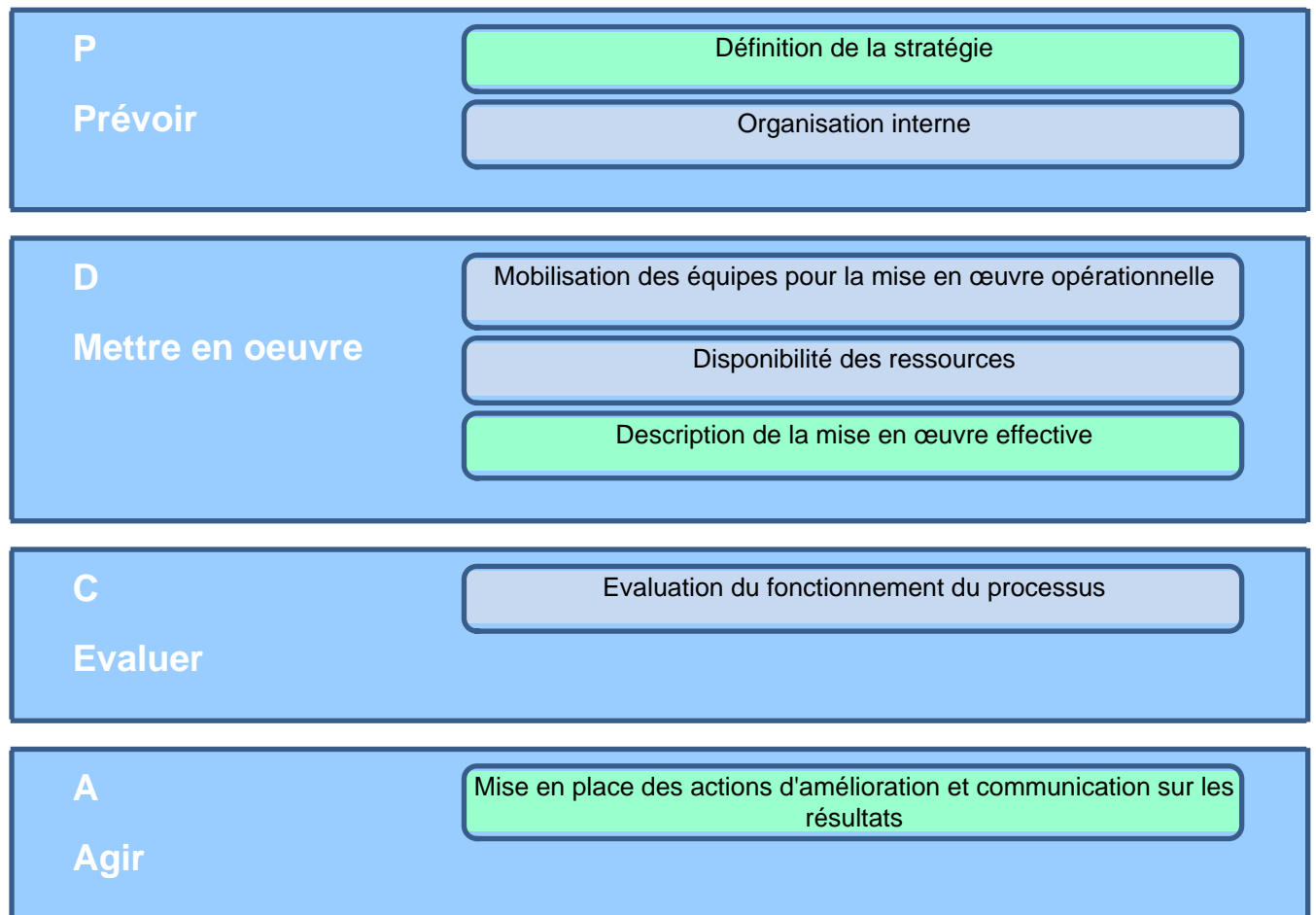
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Les endoscopies sont réalisées au CHP de Saint Grégoire sur trois secteurs :

- le bloc endoscopique de 3 salles intégré au bloc central : gastro-enterologie et proctologie pour les endoscopies sous anesthésie générale avec une SSPI dédiée au bloc central. Une salle de traitement des endoscopes est dans la continuité directe de la salle d'intervention,
- en secteur de soins externes CD : Gastroentérologie (fibroscopie, nasoscopie) avec une salle de traitement des endoscopes dans la continuité directe de la salle d'intervention,
- en secteur de soins externe AB : Pneumologie, Urologie.?

Le CHP de Saint Grégoire a formalisé sa politique de qualité et de gestion des risques du secteur d'endoscopie en lien avec le projet d'établissement avec des objectifs qualitatifs et quantitatifs. La charte des blocs intègre toute la description de l'activité en endoscopie, validée par la CME et actualisée tous les ans. Une cartographie des risques sur l'endoscopie a été actualisée en 2017 avec le suivi des événements indésirables. L'élaboration de la cartographie des risques a impliqué les professionnels médicaux et paramédicaux et l'encadrement. La méthodologie et la cartographie ont été diffusées et expliquées à l'ensemble des équipes. Les risques prioritaires sont intégrés dans le compte qualité et font l'objet d'actions d'amélioration inscrites également au programme d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS).

La politique et le programme d'actions sont soumis pour validation et diffusion au comité de direction, au comité de direction médical et à la CME. Ils sont présentés au comité d'encadrement, et diffusés pour l'ensemble des professionnels de l'établissement sur l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a missionné la directrice des blocs opératoires pour piloter le processus. Les missions du pilote ont été définies dans une fiche de fonction. Le pilote du processus « Management de la prise en charge du patient en endoscopies » est rattaché directement à la direction générale. L'activité d'endoscopie est régulée par le conseil de bloc composé de chirurgien, d'un médecin endoscopiste référent, d'anesthésistes, de l'encadrement du bloc, d'un pharmacien et d'un représentant de la direction. Ce conseil de bloc se réunit tous les deux mois. Des réunions de services sont organisées avec les différentes équipes (bloc aseptique, bloc hyperaseptique, endoscopie, IDE de SSPI, brancardiers, agents de stérilisation) et des référents terrains sont identifiés au sein du bloc. L'organisation permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires. Un plan de renouvellement de l'équipement est défini pour chaque année. Un projet architectural d'extension et de rénovation en décembre 2019, permettra de transférer l'activité d'endoscopie sous anesthésie générale et l'activité externe sur un site pour ouvrir une zone unique de traitement des endoscopes. L'organisation du secteur d'endoscopie prévoit les ajustements en cas de dysfonctionnement ou de prise en charge des urgences. La formation des professionnels est prévue institutionnellement. Les besoins en procédures sont identifiés, formalisés et intégrés au dispositif de gestion documentaire. L'organisation de la matériovigilance est mise en œuvre ainsi que les maintenances préventives et curatives. Les interfaces entre les services (hospitalisation et ambulatoire) et le bloc d'endoscopie sont organisées et permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs professionnels. La continuité des soins est assurée au bloc opératoire avec plusieurs listes de garde et d'astreinte médicale et paramédicale. Les règles relatives à la régulation de l'activité, le suivi et les traitements des dysfonctionnements sont définies et intégrées dans les Chartes de Bloc.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des professionnels de l'endoscopie est assurée par le management qui veille entre autres à impliquer les équipes dans la mise en œuvre du programme d'actions validé par le conseil de bloc. Les équipes participent ainsi à l'amélioration des pratiques (élaboration des protocoles par exemple). Les analyses de causes des événements indésirables sont réalisées dans le cadre de comité de retour d'expérience (Crex) multi-professionnelles. Les professionnels sont associés aux audits et enquêtes de satisfaction. Les résultats de ces évaluations sont partagés notamment lors des conseils de bloc mais aussi en réunion d'équipes. Les comptes rendus de conseil de bloc sont accessibles sur l'outil de gestion documentaire ainsi que les indicateurs du secteur d'endoscopies. Des réunions de services hebdomadaires sont organisées et en cas de nouvelles pratiques, celles-ci sont inscrites dans un cahier de transmission et transmises par mail.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation des professionnels est réalisée selon le plan de formation institutionnel sur ce secteur :

gestes d'urgence, traitement des endoscopes, formation spécifique en SSPI, participation à des congrès. Les équipes IDE bénéficient d'une procédure de formation (passeport de formation, temps de doublure pendant un mois avec des référents). L'organisation des équipes repose sur un planning fixe permettant le développement des compétences spécifiques aux activités. L'intégration des nouveaux arrivants est engagée avec un tutorat organisé. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, établies en référence aux bonnes pratiques et recommandations des sociétés savantes. La mise en ligne de tout nouveau document sur l'outil de gestion documentaire fait l'objet d'une alerte sur la page d'accueil de l'intranet. Les ressources matérielles sont à disposition dans les différents services et font l'objet d'un suivi et d'une traçabilité. Le matériel du bloc endoscopique est renouvelé en partie chaque année dans le cadre de la mise en œuvre du plan d'équipements (soluscope, enceintes de stockage, écho endoscope, un latéroscope, vidéo gastroscopes, ...). La disponibilité des endoscopes au regard de l'activité est assurée lors de la réunion hebdomadaire du secteur d'endoscopie. Les locaux et équipements sont conformes aux besoins des activités. Les contrôles air, eau, endoscopes sont réalisés par le personnel du secteur d'endoscopie en lien avec l'EOH.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation des endoscopies sous anesthésie générale au bloc opératoire s'articule avec celle du secteur de bloc. L'organisation de l'accueil des endoscopies dans l'UCA respecte les dispositions prévues pour la planification des patients (préparation, heures de convocations), au transfert en bloc opératoire et au retour à domicile (prévisions des soins post opératoires, prescriptions de sortie, consignes de sécurité). Le fonctionnement, la planification des examens sont régulés par les responsables de chaque secteur d'endoscopie avec l'aide de l'outil de planification informatisé du bloc opératoire. Chaque jeudi, l'ensemble du programme est validé par une cellule de régulation pluridisciplinaire. L'ordonnancement, la disponibilité du matériel, les compétences sont vérifiées : des alertes sont émises (risque de débordement, risque de conflit de matériel) Un compte-rendu de cellule de régulation est envoyé le jeudi soir à l'ensemble des praticiens, des anesthésistes, des équipes par mail.

Les différents circuits sont respectés : circuit patient, circuit du matériel, zones de lavage-désinfection des endoscopes. Comme l'ont montré les patients traceurs, les protocoles de lavage-désinfection sont respectés permettant l'identification et la traçabilité des points clefs de la prise en charge des patients et du traitement de l'endoscope dans le dossier patient. La check-list endoscopie est réalisée et tracée. La traçabilité du risque Creutzfeldt-Jacob est réalisée. Le personnel respecte les consignes de prévention des risques professionnels en portant le matériel adapté : lunettes et tabliers. Le bionettoyage des salles entre deux patients est assuré par les IDE et tracé. Le traitement des endoscopes est réalisé par du personnel dédié du secteur de stérilisation. En dehors des heures de présence de ce personnel, des IDE formés au traitement des endoscopes sont sur une liste d'astreinte.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du secteur d'endoscopie est mise en œuvre notamment par la participation de l'établissement aux travaux du GREPHH, par la tenue d'indicateurs, des enquêtes, des audits, l'analyse des événements indésirables. La démarche d'analyse du parcours patient a permis aux professionnels d'évaluer les conditions de traitement des endoscopes et de procéder à des améliorations. Des EPP sont en cours telles que la préparation colique, ou l'amélioration des interfaces bloc opératoire/services en pré et post opératoire. Une démarche d'accréditation par la société savante de l'endoscopie est en cours pour l'ensemble des praticiens pratiquant les endoscopies digestives. Les résultats sont communiqués aux professionnels de bloc et de l'UCA. Le retour d'information et d'expérience est organisé, notamment par les réunions de services.

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations issues de l'analyse des résultats d'évaluation sont décidées de manière pluridisciplinaire, notamment lors du conseil de bloc. Elles sont intégrées au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins institutionnel. Elles concernent autant le traitement des non-conformités que les écarts identifiés, les risques non maîtrisés, les événements récurrents.

Un pilote par action est identifié pour chaque action et la communication des résultats est réalisée auprès des professionnels en réunions de service et par voie d'affichage.

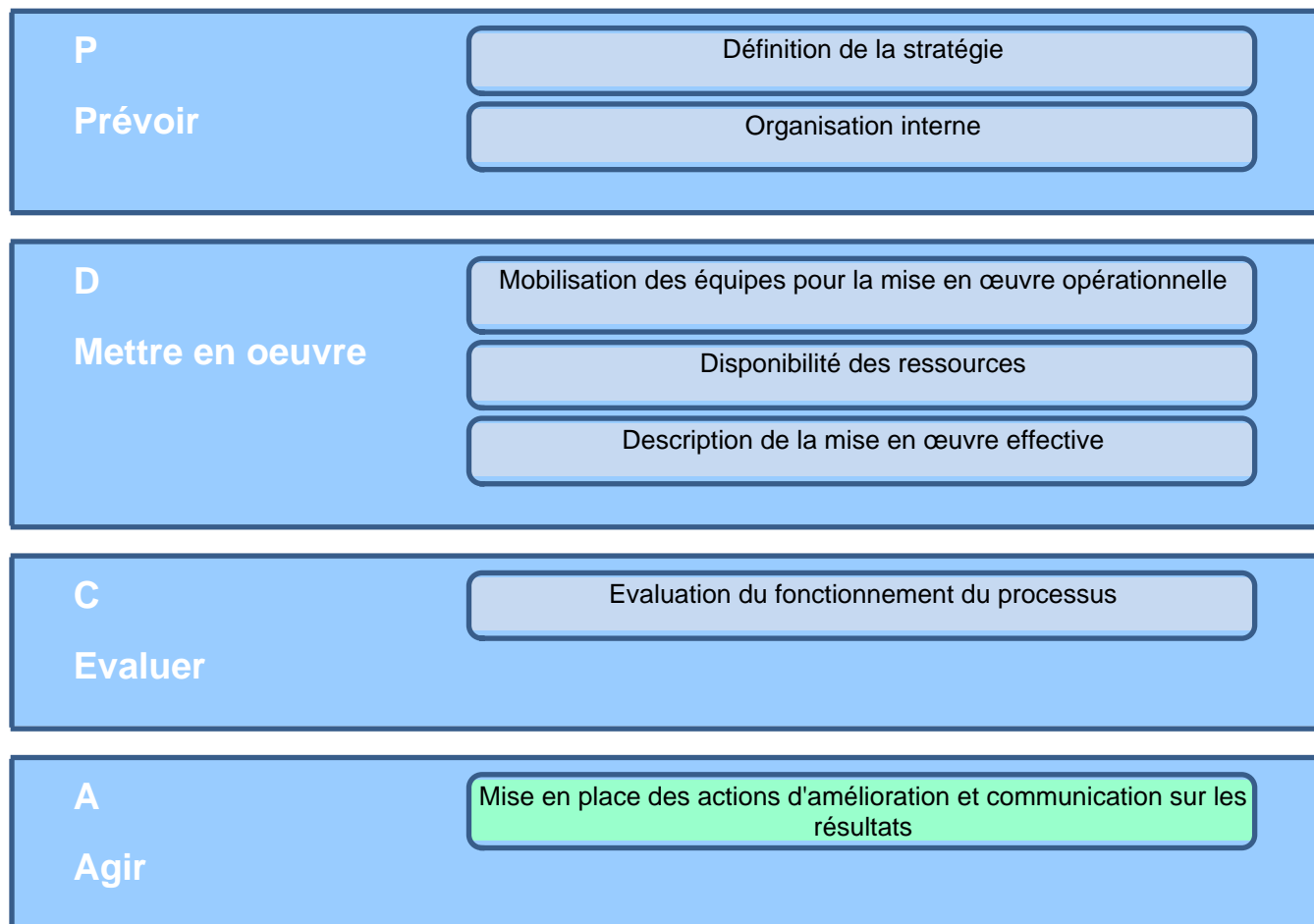
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur de naissance de l'Hôpital Privé Saint Grégoire est une maternité de niveau IIa ; il participe au réseau départemental Périnatalité 35, le centre de référence étant le CHU de Rennes avec lequel son fonctionnement fait l'objet de conventions.

Il est composé de 4 salles de pré-travail, 5 salles d'accouchement dont une salle « nature », 1 espace de réanimation néonatale, 1 salle de consultation, 1 salle d'opération dédiée aux césariennes et une zone de surveillance post opératoire.

Le service comporte par ailleurs 46 lits de maternité, une unité de néonatalogie de 9 postes et un espace de balnéothérapie.

Sa stratégie est définie dans les orientations du projet d'établissement 2017-2020 et s'appuie sur le contrat d'objectifs et de moyens en vigueur ; elle est précisée dans un projet de service en cours de rédaction issu de l'analyse du bilan d'activité 2017.

L'identification des risques est établie à partir d'une analyse pluriprofessionnelle des données disponibles, tels que les événements indésirables, les indicateurs nationaux, les résultats des évaluations de pratiques professionnelles et des audits,... ; ce travail de cartographie a permis d'identifier trois risques prioritaires dont les plans d'actions sont intégrés dans le PAQSS et finalisés à ce jour.

Sa politique de promotion de l'allaitement maternel et du respect des rythmes de la maman et du bébé fait l'objet d'une reconnaissance externe par la labellisation IHAB depuis septembre 2017.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du secteur de naissance est décrite dans une charte de fonctionnement qui a fait l'objet d'une révision en 2017 ; son pilotage est assuré par une instance pluriprofessionnelle dénommée « staff du bloc obstétrical » qui se réunit mensuellement.

La coordination entre les différents secteurs et entre les professionnels est décrite dans ce document de référence, y compris dans le cadre de l'urgence.

La permanence des soins est organisée, le calcul des effectifs est établi conformément à la réglementation applicable à l'activité d'une maternité de niveau IIa ; l'accès à des compétences en soins de support est défini (psychologue, assistante sociale, diététicienne,...).

L'ensemble des professionnels dispose de fiches de poste précisant leurs rôles et responsabilités et d'une offre de formation répondant à leurs besoins, dont certaines sont dispensées en équipe (la réanimation néonatale, la gestion des urgences obstétricales,...).

Le dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux collaborateurs est formalisé, l'évaluation des compétences est organisée.

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

La gestion documentaire est centralisée et informatisée via le logiciel dédié de l'établissement.

Le dossier patient est en attente de son informatisation courant 2018 avec l'outil institutionnel, le dossier papier comporte un support unique de prescription-administration.

Les circuits et interfaces sont définis dans des procédures internes (bloc opératoire, équipe opérationnelle d'hygiène, stérilisation, pharmacie à usage intérieur, dépôt de sang,...) ou formalisés par des conventions avec les prestataires externes (laboratoire de biologie, radiologie,...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes du secteur de naissance sont impliquées dans le déploiement opérationnel de la stratégie définie.

La dynamique pluri professionnelle est effective à travers la tenue de réunions périodiques (suivi quotidien des patients, staff psycho-social mensuel, réunion mensuelle du « staff du bloc obstétrical », groupes de travail,...), l'analyse et le traitement collégial des événements indésirables, la rédaction et/ou l'actualisation de protocoles, la mise en œuvre de projets,...

L'encadrement assure la régulation des activités, la sensibilisation continue sur les risques liés à l'activité du service, ainsi que la communication sur l'avancée des plans d'actions et des résultats obtenus.

Plusieurs démarches d'évaluation des pratiques professionnelles sont en cours, dont certaines mesurant la pertinence des actes à risques (césarienne, extraction instrumentale, épisiotomie,...).

Les CREX et RMM sont opérationnelles ; elles permettent d'identifier et de mettre en œuvre de façon collégiale des actions de maîtrise des risques.

Le secteur de naissance participe aux réunions du réseau Périnatalité 35.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence des soins est effective, les effectifs médicaux et paramédicaux respectent la réglementation opposable à ce secteur à risques.

Les plannings et les listes de gardes et astreintes sont disponibles et actualisés en temps réel.

Le dispositif de formation est mis en œuvre. Tous les gynécologues sont formés à l'échographie, les sages-femmes à l'hypnose Ericksonienne.

Le secteur de naissance dispose de locaux fonctionnels, agréables, lumineux et bien entretenus ; leur accès est contrôlé.

La salle dédiée aux césariennes est intégrée au secteur de naissance et l'équipe sur place est en capacité d'intervenir en urgence. Le bloc opératoire général et l'unité de soins continus sont contigus au secteur de naissance.

La surveillance environnementale est assurée conformément à l'organisation définie.

L'obtention en urgence des produits sanguins labiles est organisée via le dépôt de sang autorisé et conventionné avec l'Établissement Français du Sang, localisé à proximité immédiate.

La dotation en matériel est adaptée aux besoins des parturientes et des nouveaux-nés.

La maintenance et le contrôle des chariots d'anesthésie et d'urgence pour la mère et pour le nouveau-né sont réalisés et tracés.

La vérification de la fonctionnalité de l'ensemble des matériels dans chaque salle d'accouchement et dans la salle de césarienne est opérationnelle.

La documentation est connue et accessible via le logiciel dédié, des protocoles issus du réseau sont disponibles et actualisés.

L'accès aux dossiers de suivi de grossesse et aux comptes rendus d'accouchements précédents est possible à tout moment via le logiciel des cabinets de gynécologie.

Le système d'appel en urgence est opérationnel.

Toutes les chambres sont équipées d'un dispositif multimédia permettant l'accès des parturientes à de nombreux supports (presse, TV,.. mais également vidéos éducatives, information ciblée,...).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours patient de l'entrée au bloc obstétrical à la sortie en suites de couches est maîtrisé, les procédures et circuits sont respectés conformément à l'organisation définie.

La prise en charge des parturientes et des nouveaux-nés est sécurisée, ainsi qu'en attestent les patients traceurs réalisés.

Les professionnels sont attentifs au soulagement de la douleur, au respect des droits des patients, à la qualité de l'information délivrée ; le travail pluridisciplinaire effectué en amont du séjour est développé.

Des documents à visée éducative sont établis et remis aux parturientes, notamment en lien avec l'allaitement ; ils complètent les informations contenues dans le livret de maternité et facilitent le retour à la maison du nouveau-né et de sa famille.

La traçabilité des surveillances, des actes et des soins est assurée dans le dossier patient conformément aux attendus, de même que celle des activités afférentes (bio nettoyage, contrôles divers,...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est opérationnel.

Les indicateurs définis sont suivis par l'encadrement du secteur de naissance ; ils sont analysés lors des réunions mensuelles du « staff du bloc obstétrical » : indicateurs nationaux, évaluations des pratiques professionnelles, CREX et RMM,..

Un audit de dossiers et du respect des bonnes pratiques identifiées comme prioritaires (circuit du médicament, droits des patients, douleur, urgence vitale,...) est effectué selon une périodicité mensuelle.

Les résultats sont exploités pour identifier et mettre en œuvre les actions correctives.

Un rapport annuel d'activité est formalisé.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations, elles sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement (par exemple : révision du circuit du médicament en néonatalogie, rédaction du protocole « fièvre et travail »,..).

La communication des projets, du suivi des plans d'actions et des résultats des évaluations est assuré par l'encadrement auprès des professionnels (réunions quotidiennes, staffs mensuels, comptes rendus de réunions,..). Elle est également assurée aux usagers via la présence de représentants du secteur de naissance à la Commission Des Usagers.

