



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION POLYCLINIQUE DE NAVARRE**

**8 boulevard hauterive  
64000 Pau**

**NOVEMBRE 2018**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	48

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

### 2.2 Les résultats de l'établissement :

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

POLYCLINIQUE DE NAVARRE	
Adresse	8 boulevard hauterive 64000 Pau
Département / région	PYRENEES-ATLANTIQUES / NOUVELLE-AQUITAINE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	640000469	SA POLYCLINIQUE DE NAVARRE	8 BOULEVARD HAUTERIVE BP 7539 64000 Pau
Etablissement de santé	640780946	POLYCLINIQUE DE NAVARRE	8 boulevard hauterive 64000 Pau

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	114	/	35
MCO	Gyneco-Obstétrique	48	/	/
MCO	Médecine	16	5	/

<b>Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité</b>	Certification ISO 14001 de la Polyclinique de Navarre - ECOCERT - Juin 2015
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Accord association service public hospitalier en neurochirurgie avec le CH de Pau</p> <p>Convention de coopération en urologie avec le CH de Pau</p> <p>Convention de coopération avec le service de réanimation du CH de Pau</p> <p>Convention de coopération SSR CH d'orthéz</p> <p>Convention constitutive du CSO-SA (Centre Spécialisé Obésité Sud Aquitaine)</p> <p>Convention d'établissement associé en cancérologie</p>

(chimiothérapie) entre la Polyclinique Marzet et la Polyclinique de Navarre  
Convention de partenariat avec la clinique SSR Les jeunes Chênes  
Convention de coopération avec la Maison Sainte Odile, SSR  
Convention de partenariat avec Les Acacias, SSR

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

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Décision de certification**

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

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

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

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

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

## **4. Suivi de la décision**

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en 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	Chirurgie digestive	/	Programmée	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie Neuro	Chirurgies rachis/moelle	Programmée	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie	Endoscopies génito-urinaires	Programmée	Simple	MCO
4	Femme/Bébé	Gynéco-Obstétrique	Accouchement par voie basse	Programmée	Simple	MCO
5	Femme/Bébé	Gynéco-Obstétrique	Césarienne en urgence	Urgence	Simple	MCO
6	Adulte	Chirurgie ambu	Hernies inguinales	Programmée	Simple	MCO



## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

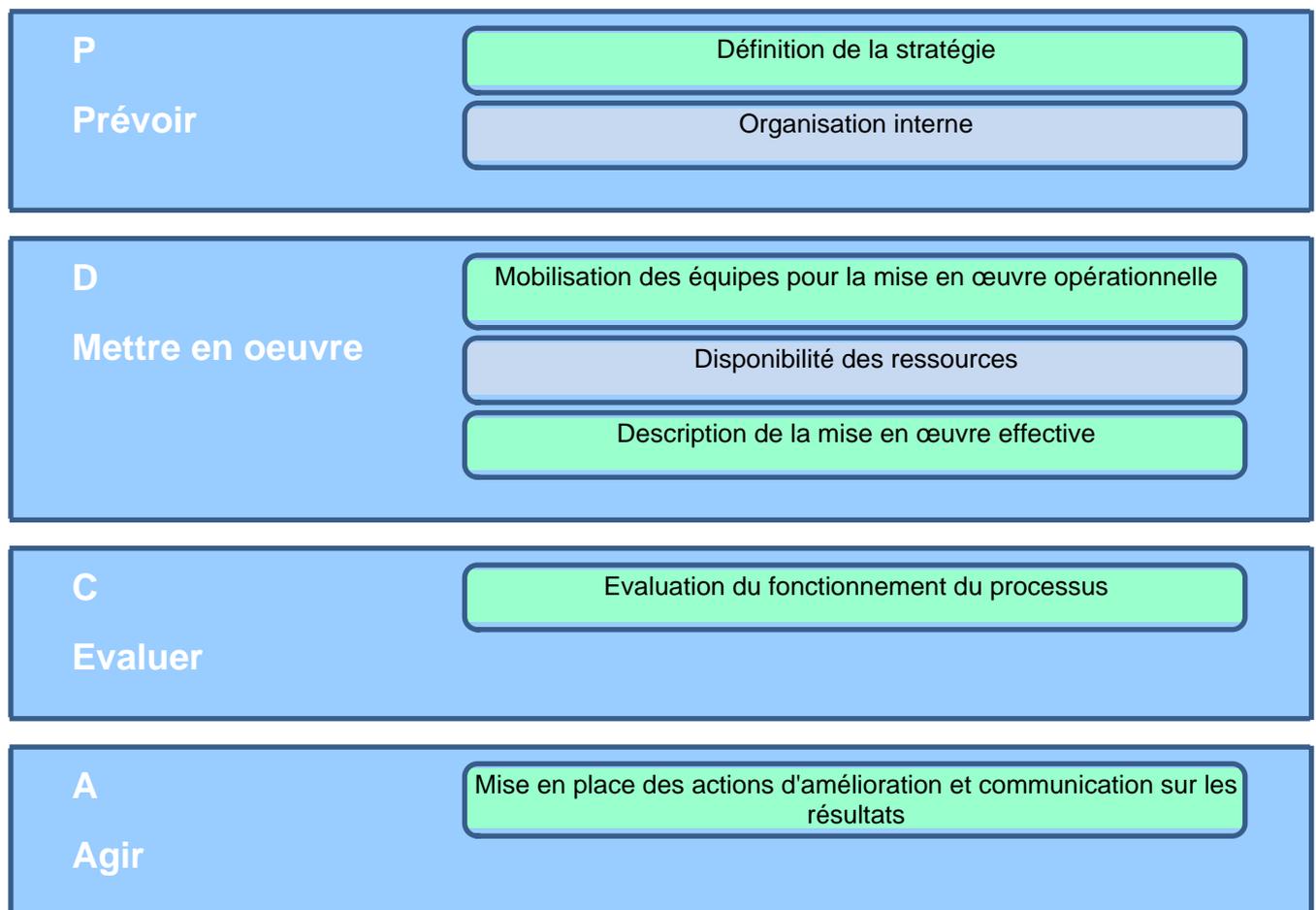
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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 polyclinique de Navarre fait partie d'un groupe privé constitué avec l'achat puis la fusion de la clinique Marzet. Les orientations stratégiques communes aux deux cliniques ont été élaborées et présentées aux médecins, aux personnels, aux CHSCT et CE des deux cliniques, au premier semestre 2016. En déclinaison des orientations stratégiques du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2012-2016 intégré au sein du Projet Régional de Santé et du Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2013-2018 signé avec l'ARS, elles organisent la spécialisation des polycliniques Navarre et Marzet, le regroupement de la chirurgie sur le site Navarre, le développement de l'activité ambulatoire et le renforcement des activités de la maternité. Elles prennent également en compte la filière hospitalière complète jusqu'au SSR. Un Comité de Direction commun a été mis en place, ainsi que des chefs de pôle commun aux deux cliniques. Les travaux d'extension sur le site de la polyclinique de Navarre sont en cours pour répondre aux modifications d'activité, notamment celle du bloc opératoire et de l'UCA. Ce projet architectural est accompagné d'une redéfinition des parcours de soins en UCA.

La Polyclinique a formalisé sa politique générale qualité-gestion des risques dans son projet d'établissement 2017-2022 et dans un document "Politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques 2017-2022". Elle implique la Direction qui s'engage sur 3 axes (sécurité de la prise en charge, satisfaction du patient et de son entourage, efficacité de l'organisation). Elle intègre les objectifs stratégiques en termes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Ces axes stratégiques ont été élaborés par le Comité de Pilotage Qualité et Gestion des Risques (COPIL-QGDR) puis soumis à la validation de la Commission Médicale d'Établissement (CME) et présentés aux représentants des usagers. Pour préparer la certification, la polyclinique a été accompagnée par un organisme extérieur et des outils ont été définis. Des pilotes et des groupes de travail ont été nommés pour assurer le pilotage opérationnel des processus et les modalités de travail précisées par le COPIL-QGDR. Une méthodologie commune a été définie : analyse des attendus dont les Éléments d'Investigation Obligatoires, description du processus dans une carte d'identité, identification des risques dans une cartographie élaborée avec les professionnels, sélection et cotation des risques prioritaires en COPIL-QGDR permettant l'élaboration d'une "fiche risque" constituant la "maquette du Compte Qualité" de l'établissement. L'identification des risques s'est appuyée sur le rapport de certification V2010, l'analyse des indicateurs nationaux et des indicateurs internes, la prise en compte des événements indésirables, le bilan des démarches collectives, le suivi des plaintes et réclamations et enquêtes de satisfaction des patients en lien avec la CDU. Elle tient compte des orientations stratégiques du CPOM qui fixe des objectifs d'amélioration. Elle couvre la réponse aux obligations légales et réglementaires et la gestion des crises. Les risques ont été hiérarchisés et priorisés par le groupe de travail en utilisant des critères de fréquence, de gravité et en déterminant un niveau de criticité et de maîtrise des risques. La cartographie des risques a été présentée au COPIL-QGDR pour validation et présentée en CME. Les risques prioritaires forment le Compte qualité. Des objectifs ont été définis au regard de chaque risque. La mise en œuvre de cette politique est traduite dans un programme institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins d'actions (PAQSS) intégrant la stratégie d'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Les objectifs, les actions, le niveau de priorité, l'origine de l'action, la responsable en charge de l'action, le début et fin de l'action ainsi que les indicateurs de résultats et les modalités de suivi sont définis. Il est validé par le COPIL-QGDR et acté en CME ; une information a été réalisée auprès de la CDU lors des réunions trimestrielles. Des actions issues d'EPP sont inscrites dans les PAQSS, par exemple, l'EPP sur le sondage évacuateur, EPP sur la préparation cutanée de l'opéré, EPP sur le « consentement des mineurs », EPP sur la « prévention et la prise en charge de l'HPPI ». Par ailleurs, les actions issues des CREX, RMM et patient traceur sont également intégrées dans le PAQSS. Les IQSS en dessous du seuil de performance ont été identifiés comme des risques prioritaires et sont intégrés dans le PAQSS institutionnel. L'ensemble des actions de compte qualité sont retrouvés dans le PAQSS. Ainsi, les 13 actions du compte qualité salle de naissance sont toutes retrouvées dans le PAQSS. Concernant le parcours, l'ensemble des actions du compte qualité (27 actions) sont retrouvées dans le PAQSS. Les activités réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins ne sont pas toujours prises en compte. La plupart des praticiens valident leurs démarches d'accréditation par des congrès et leurs participations aux RMM de la structure. Ces RMM sont réalisés sur la base des EIAS déclarés par les praticiens accrédités. Chaque responsable d'action assure le respect des échéances établies au travers de la mise à jour du PAQSS de l'avancée des actions dont il a la charge. Le PAQSS fait l'objet d'un suivi régulier via le COPIL QGDR et les pilotes des processus.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du management de la qualité et de la gestion de risques de la polyclinique de Navarre est organisé par le COPIL-QGDR. Un organigramme de la démarche qualité-gestion des risques en précise sa structuration. Il est garant de l'application de la politique qualité et gestion des risques et possède un

rôle décisionnel. Il est rattaché à la Direction et à la CME. Il dispose d'un règlement intérieur, sa composition, ses objectifs, ses missions et son fonctionnement sont définies. Les pilotes de chaque processus sont intégrés au sein du COPIL-QGDR. Le management opérationnel de la démarche qualité et gestion des risques est assuré par chaque pilote de processus en collaboration avec l'instance ou groupe de travail correspondants. Les pilotes de processus sont en charge du suivi de l'avancement des plans d'actions issus du Compte qualité. Les pilotes du processus management de la qualité et gestion des risques de la polyclinique sont la Directrice, le Président de la CME, la Responsable Qualité et Gestion des Risques et la responsable des services généraux. Les fiches de mission de tous les pilotes sont formalisées. Les besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires sont définis. Des ressources sont prévues parmi le personnel en termes de compétences. Les besoins en personnel sont identifiés. Le recrutement est organisé. Le dispositif d'accueil et d'accompagnement des nouveaux arrivants est organisé avec tutorat. Des formations en lien avec le management de la qualité et de la sécurité des soins sont prévues au plan de formation. Le déploiement et la mise en œuvre des démarches d'EPP avec l'engagement effectif des professionnels sont organisés par un médecin référent EPP/RMM et coordonnés par une Commission EPP, chargée d'assurer le déploiement des démarches en cohérence avec la stratégie définie par la CME. La responsable qualité gestion des risques apporte également son expertise auprès des praticiens et met à jour le tableau de bord des EPP. Les besoins en documentation sont prévus, les procédures relatives au processus QGDR sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé. Les locaux, les matériels et équipements sont identifiés. L'ensemble des maintenances préventives et curatives sont structurés par le service technique de l'établissement pour la partie production. Des prestataires externes organisent la maintenance préventive et curative de l'ensemble des installations. Les équipements et dispositifs médicaux soumis aux maintenances préventives obligatoires sont programmés par l'ingénieur biomédical de l'établissement. Les besoins et investissements en matériels et équipements sont également prévus. Le système d'information est structuré. Plusieurs logiciels métier, intégrés au système d'information hospitalier organisent la sécurisation de la prise en charge du patient. La gestion des interfaces est organisée formellement et assure l'articulation cohérente des différentes structures participant à la qualité et à la gestion des risques. Le circuit des vigilances est organisé et coordonné à partir d'un dispositif sécurisé, centralisé, sur les alertes ascendantes et descendantes; une adresse mail d'établissement et un fax permettent de recevoir toutes les alertes émanant des organismes de tutelles. La veille sanitaire est organisée au sein de l'établissement et assurée par le COPIL-QGDR. Les vigilants sont identifiés en interne et par les organismes nationaux de veille sanitaire. L'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle sont organisés ; la pharmacienne hygiéniste est également référente hémovigilance. Le dispositif de gestion des Événements Indésirables (EI) est structuré et organise une analyse des causes profondes en association avec les professionnels concernés. Le circuit déclaration est formalisé : déclaration dans un logiciel dédié par les professionnels, traitement par la Responsable Qualité Gestion des Risques en association avec un médecin référent de la gestion des Risques Associés aux Soins nommé en CME et la Responsable du Système de Management de la Qualité de la prise en charge Médicamenteuse, discussion en CREX et en cas d'EI grave, analyse des causes profondes en RMM. La gestion des plaintes est organisée sous la responsabilité de la Directrice de la polyclinique. Le système des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Les procédures de gestion de crise et de déclenchement de la cellule de crise sont prévues. Le plan blanc est organisé ; une astreinte de la direction est organisée.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Les axes du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont déclinés par les professionnels des secteurs d'activité. Ils sont traduits en plans d'actions d'amélioration, en particulier les actions correctives liées aux analyses des événements indésirables, des RMM, des CREX et des plaintes et réclamations (CRU). Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et informés par les membres du COPIL- QGDR, notamment par le gestionnaire des risques associés aux soins, la référente qualité-gestion des risques et les cadres de santé. Des staffs hebdomadaires sont réalisés. Les EI Graves font l'objet d'un CREX ou d'une RMM. La déclaration des événements indésirables est effective. Les plaintes et réclamations sont traitées et les représentants des usagers sont impliqués au cours des CDU pour enrichir les plans d'actions en lien avec l'analyse des fiches d'événements indésirables. Les cadres des services s'assurent de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions. Les activités sont évaluées périodiquement et les professionnels sont informés sur les résultats. Des actions correctives sont identifiées avec les professionnels en cas de dysfonctionnement. Cependant, les professionnels ne sont pas informés de la stratégie de l'établissement en matière de développement de l'EPP et des résultats obtenus. En effet, les professionnels rencontrés lors des investigations n'ont pas connaissance des EPP engagés ni de leur mise en œuvre de démarches EPP. Les professionnels n'ont pas accès à la liste des EPP en cours. Elle ne figure pas dans la GED. Il n'y a pas d'affichage dans les unités de soins.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentations sont disponibles. Les ressources en compétences et effectifs sont en adéquation avec les besoins de la population accueillie et à la réglementation. Les compétences présentes ou mobilisables au sein de l'équipe pluridisciplinaire permettent de répondre aux attentes des personnes prises en charge. La permanence des soins est assurée en cas d'urgence, la nuit, les week-end et jours fériés. Une liste de garde est diffusée. Le maintien des compétences est assurée. Les formations initialement inscrites dans le plan annuel sont réalisées ou en cours. Les métiers et qualifications qui sont les plus impactés sont prioritaires: formation de réanimation néonatale, formation diplômante en vue du remplacement de personnel qualifié. L'établissement est également inscrit dans un réseau qualité, des thématiques qualité sont abordées et permettent un retour d'expérience via notamment le patient traceur. Des journées d'information et de sensibilisation sur la qualité et sécurité des soins sont organisées. Les nouveaux arrivants sont tutorés et un livret d'accueil est mis à la disposition de chaque nouvel embauché. Les documents utiles pour la réalisation des missions des professionnels sont accessibles dans la gestion documentaire informatisée, en lecture seule et actualisées. Les équipements, matériels et locaux sont conformes et répondent aux besoins des professionnels. L'entretien courant est assuré par le responsable technique, les actions préventives et curatives pour l'ensemble des secteurs sont réalisées par des prestataires. Un logiciel de déclaration de panne permet au personnel de l'établissement de signaler tout dysfonctionnement technique, l'ensemble des déclarations sont traitées par le service technique. Les outils informatiques sont disponibles, adaptés, fonctionnels et sécurisés par login et mot de passe.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues pour le fonctionnement et le management de la qualité et de la gestion des risques de la polyclinique de Navarre sont mis en œuvre. Le dispositif de gestion documentaire est opérationnel, disponible dans les services, actualisé, connu et utilisé par tous les professionnels rencontrés sur le terrain. Les professionnels sont associés à la rédaction des procédures. Le dispositif de signalement des événements indésirables est opérant. Les événements indésirables sont déclarés par les professionnels via l'intranet. Le logiciel de déclaration est accessible à l'ensemble des professionnels, une identification est obligatoire. Lorsqu'un EI est déclaré, le gestionnaire des risques associés aux soins reçoit l'alerte et attribue l'EI au pilote en charge du processus en question. Le déclarant peut suivre le traitement de son EI sur l'outil informatique. Le bilan des EI est réalisé annuellement par responsable qualité gestion des risques. La gestion des plaintes et réclamations est effective, un registre centralise les réponses fournies ainsi que les délais de réponse; il permet d'évaluer la durée moyenne de réponse aux plaintes écrites. Les plaintes orales sont consignées sur un formulaire, ce dernier étant à la disposition du personnel soignant. Les représentants des usagers sont informés lors des réunions de la Commission des Usagers (CDU) des plaintes et réclamations reçues et des suites données. Ils sont transmis à l'ARS. Les vigilances sanitaires sont opérationnelles, les alertes reçues sont traitées. Les services connaissent la gestion de crise et participent aux exercices. Les modes de déclaration des alertes pour les vigilances sont connus de l'encadrement. Les réceptions des alertes reçues par fax ou mail sont centralisées. Les règles de sécurité transfusionnelle sont rappelées et l'accompagnement est réalisé par la pharmacienne référente hémovigilant. Des EPP, RCP et RMM sont réalisées dans tous les services. Un tableau de bord EPP, édité, mis à jour répertorie l'ensemble des EPP de l'établissement soit 22 EPP. Les instances sont opérationnelles et ont des réunions régulières faisant l'objet d'un ordre du jour et d'un compte rendu. La traçabilité des actions et activités est assurée: fiches d'évènements indésirables, tableau de bord des EPP, comptes-rendus de RCP, questionnaire de satisfaction des patients.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La polyclinique de Navarre assure l'évaluation du système de management de la qualité et gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité. Le nombre de réunions d'instances et de commissions, le nombre de FEI total et par processus, le nombre d'EPP, de RMM, de CREX et le nombre d'alertes de vigilances est comptabilisé dans un bilan qualité et gestion des risques annuel. L'évaluation de la satisfaction des usagers est réalisée lors des enquêtes e-satis en 2017. Un registre permet d'évaluer la durée moyenne de réponse aux plaintes écrites. La CDU réalise également un bilan d'activité annuel global, selon la trame obligatoire, qui est transmis aux autorités de tutelles. Les indicateurs IQSS sont suivis.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration en lien avec les résultats des évaluations sont mises en œuvre avec les professionnels. Parmi celles-ci, la mise en place d'une fiche de pré-admission en UCA, la formalisation

des cahiers d'ouverture de salle au bloc opératoire, le protocole de contention physique, l'identification des médicaments à risque. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels et des usagers. Les bilans et des plans d'actions qui s'y rapportent sont présentés par la Responsable Qualité Gestion des Risques lors des "points qualité" en CME. Les professionnels ont accès à un lien intranet qui permet d'obtenir des informations d'ordre général. Les résultats des IQSS sont affichés à l'accueil de la clinique et disponible sur le site internet public de l'établissement.

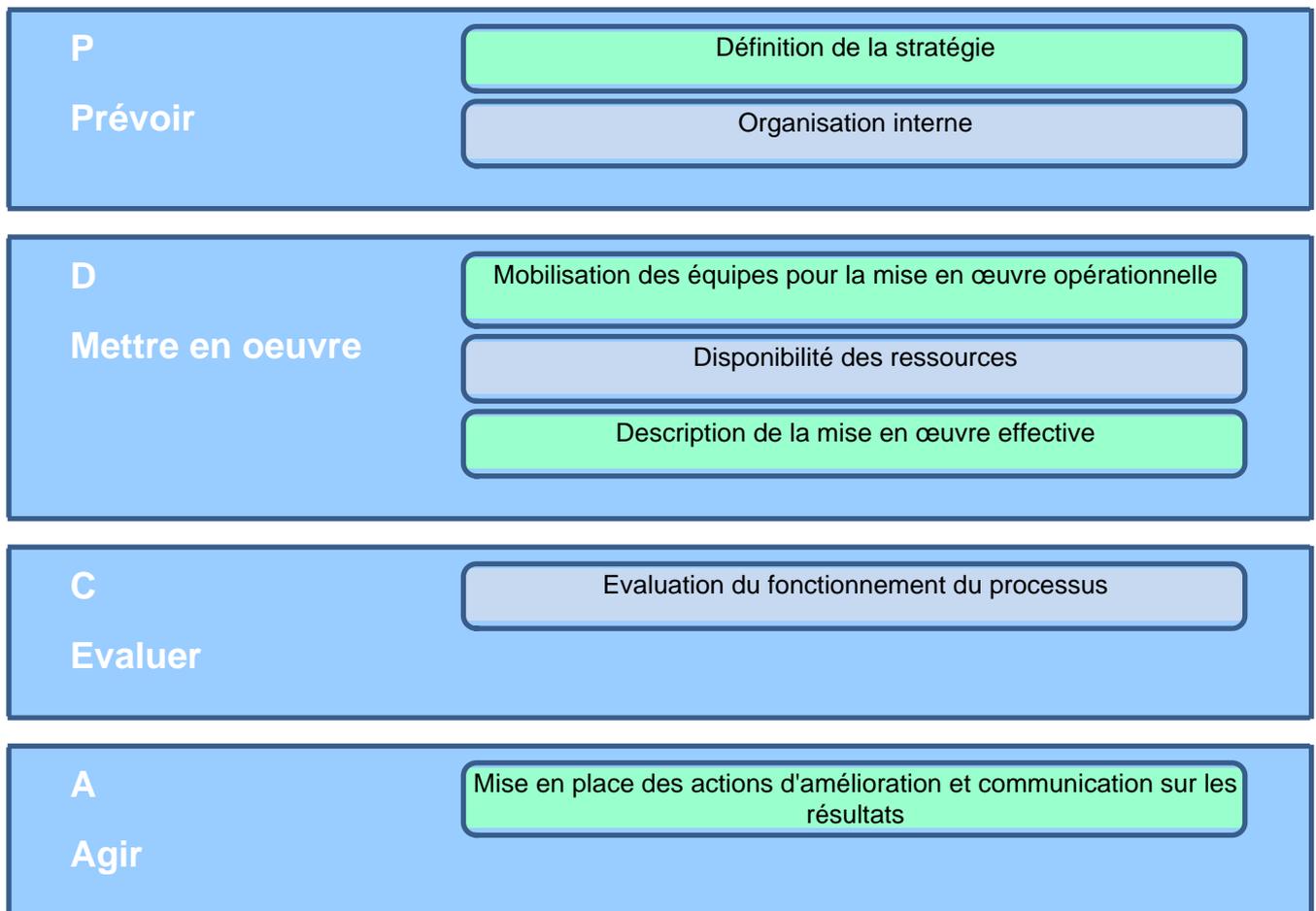
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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 Polyclinique de Navarre a mis en place une stratégie de surveillance, de prévention et de maîtrise du risque infectieux. La politique de maîtrise du risque infectieux s'inscrit dans la politique générale de l'établissement. Les risques en lien avec la gestion du risque infectieux ont été identifiés ; on y retrouve notamment la maîtrise du risque infectieux en cas de gestes invasifs, le bon usage des antibiotiques, la prévention de l'infection du site opératoire, la lutte contre les infections associées aux soins. L'identification des risques s'est basée sur une analyse des indicateurs externes et interne. Des risques prioritaires ont été identifiés par le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN). Chaque risque a été formalisé et priorisé par le groupe de travail en utilisant des critères de fréquence, de gravité et en déterminant un niveau de criticité et de maîtrise des risques. La priorisation de ces risques a été validée par le Comité de pilotage de la qualité et gestion des risques (COPIL-QGDR) et présentée en CME. Les risques identifiés sont le support de formalisation d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (PAQSS). Ce dernier est alimenté par le bilan d'activité et le programme d'actions du CLIN. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies. Les objectifs, les actions à mettre en œuvre, les responsables, et les indicateurs de suivi sont définis. Les risques prioritaires sont formalisés dans une « fiche risque » qui constitue la « maquette » du Compte Qualité de l'établissement. Quatre risques sont intégrés dans le Compte Qualité. Les risques identifiés dans le compte qualité sont retrouvés dans le PAQSS.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage de la gestion du risque infectieux est assuré par une pharmacienne hygiéniste diplômée en hygiène hospitalière et d'une infirmière référente en hygiène. Ces deux professionnels sont missionnés sur un temps dédié avec des fiches missions et métier. La déclinaison opérationnelle s'appuie sur un CLIN et une Équipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH) composée de la pharmacienne, du référent antibiotique, d'une infirmière référente de bloc opératoire, du médecin du travail, de la direction, des cadres de soins, et de la gestionnaire des risques associé aux soins. Compte tenu des missions définies pour le processus, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires pour surveiller et prévenir le risque infectieux. Il existe deux médecins référents antibiotique ainsi que des correspondants en hygiène dans les services de soins en charge d'assurer le lien entre l'EOH et les professionnels. Le plan de formation annuel des professionnels est établi annuellement au regard des résultats des audits et indicateurs internes. Des formations destinées aux nouveaux arrivants sont prévues avec un tutorat. L'organisation de formation et de sensibilisation des médecins sur le bon usage des antibiotiques sont organisées par les deux praticien référents. Le dispositif de gestion documentaire est structuré, formalisées et accessibles via le système de gestion documentaire informatisée. L'organisation de l'information des patients est prévue. Les locaux, matériels et équipements nécessaires à l'organisation de conditions d'hygiène optimale sont identifiés. L'hygiène des locaux est organisée par une équipe de bio nettoyage externalisée. Les fiches de postes sont formalisées ainsi que le cahier des charges pour le prestataire externe. Les formations au bio nettoyage sont définies pour les nouveaux professionnels recrutés. Les besoins en équipements et matériels sont définis en lien avec l'EOH et permettent la réalisation des soins dans le respect des règles d'hygiène. Un programme de surveillance de l'environnement est organisé. Les prélèvements de surface sont organisés selon un calendrier prédéterminé. La qualification annuelle du traitement d'air est programmée pour les secteurs interventionnels. Le système d'information est structuré. Le dossier du patient informatisé, intégré au système d'information, organise l'accès en temps réel aux informations pour l'ensemble des personnels et la maîtrise du bon usage des antibiotiques. Les interfaces avec les autres secteurs de l'établissement sont définies. L'EOH exerce une expertise avec les secteurs logistiques qui sont, pour la plupart sous traitées par un prestataire externe: bionettoyage, gestion des déchets, du linge, restauration prélèvements environnementaux. Le transport interne prend en compte dans son organisation le risque infectieux. Le Service Qualité Gestion des Risques et l'EOH organisent la déclaration des événements indésirables, les évaluations, les EPP et les CREX.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les cadres de santé avec l'aide de l'EOH et des IDE référentes déclinent la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels adaptées aux risques spécifiques de chaque secteur et sensibilisent les professionnels à la prévention et la maîtrise des risques infectieux lors des réunions de service. L'EOH en collaboration avec les correspondants en hygiène assurent un accompagnement des professionnels dans les différents secteurs. Les professionnels sont sensibilisés par l'encadrement et l'

EOH aux risques et aux règles de bonnes pratiques dans ce domaine. Des audits sont réalisés par l'EOH. Une EPP concernant le sondage évacuateur en maternité est en cours. Des actions correctives sont apportées en fonction des résultats obtenus. Les résultats sont communiqués aux équipes par l'encadrement lors des réunions de services.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs. Les ressources en compétences sont assurées dans chaque secteur visité. Les formations sont effectives. Des formations en hygiène sont proposées en interne et assurées par l'EOH y compris pour les ASH du bloc opératoire qui assurent le bionettoyage des blocs. Des médecins référents antibiothérapie répondent aux sollicitations de l'ensemble du corps médical et notamment dans le cadre de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24<sup>ième</sup> et 72<sup>ième</sup> heures. L'établissement participe aux journées thématiques lors de la semaine sécurité des patients. Les matériaux des locaux et des équipements facilitent le bio nettoyage. Les équipements nécessaires à la mise en œuvre des précautions d'hygiène (standard et complémentaire) sont disponibles. Les matériels et protection des patients sont en place. Les protocoles de bio nettoyage élaborés par le prestataire ont été validés par le CLIN, un système de code barre situé à l'intérieur de la chambre sur chaque porte permet la traçabilité du bio nettoyage et identifie le nettoyage quotidien et le nettoyage réalisé lors de la sortie du patient. La maintenance des locaux et équipements est réalisée. Les prélèvements de surface sont effectués. Les protocoles et procédures concernant la prévention et la surveillance du risque infectieux sont disponibles dans la GED. Les patients disposent de documents d'information notamment dans le livret d'accueil. Il existe une charte de bon usage des antibiotiques.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les organisations prévues. La coordination entre les différents professionnels de l'établissement est effective grâce notamment à la présence de correspondants en hygiène. L'hygiène dans les actes infirmiers ou médicaux est effective. Les équipements de protection individuelle sont en place et utilisés. Des cathéters veineux sécurisés sont utilisés. Les Solutés Hydro-Alcooliques sont présents dans toutes les unités de soins, sur les chariots de soins et dans les chambres des patients. Les protocoles de prévention du risque infectieux standards et spécifiques sont effectifs. La surveillance épidémiologique et de la résistance aux antibiotiques est effective. La déclaration des Infections Associées aux Soins (IAS) est réalisée. La réévaluation de l'antibiothérapie est systématiquement réalisée entre la 24<sup>ième</sup> et la 72<sup>ième</sup> heure est tracée. Une liste d'antibiotiques formalisée et validée par la CME assure le contrôle de l'antibiothérapie. Un guide de bon usage des anti-infectieux est disponible. Les locaux et matériels sont bien entretenus, les procédures sont connues et appliquées. Le bio nettoyage des locaux est assuré par le prestataire externe, dans le respect des procédures. Les locaux intermédiaire de stockage des déchets dans les unités de soins sont sécurisés par un digicode. Le stockage des DASRI est conforme, la traçabilité du local effective. L'EOH est associée aux réunions de chantier hebdomadaires dans le cadre des travaux d'extension ; le programme de surveillance de l'environnement est organisé et la fréquence des prélèvements de surface a été augmentée du fait d'importants travaux au sein de la clinique. Les circuits sont respectés. Dans les secteurs interventionnels, les différentes zones sont définies, les règles de circulation des patients, du matériel, de stockage respectées. Dans les services, les patients infectés sont, après information, isolés dans leur chambre et leurs familles informées. Les interfaces sont opérationnelles. Avec la pharmacie, le laboratoire de bactériologie, avec l'EOH, avec le service qualité gestion des risques. La traçabilité relative à la maîtrise du risque infectieux est assurée. Les instances sont opérationnelles. Le CLIN intervient lors de chaque CME. Le rapport annuel du CLIN est présenté en CME et en Comité de Pilotage de la Qualité et de la Gestion des Risques.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de son dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques. Cette évaluation est assurée et coordonnée par la pharmacienne hygiéniste. Les indicateurs nationaux sont suivis. Le CLIN a établi un programme d'évaluations menées par l'EOH et des indicateurs internes sont définis pour assurer le suivi du programme d'actions institutionnel: nombre de FEI, nombre d'IAS, suivi des infections de site opératoire, suivi des bonnes pratiques de désinfection des mains, respect des précautions standards, EPP sur le sondage évacuateur chez la femme en maternité, EPP réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24<sup>ième</sup> et la 48<sup>ième</sup> heure. Les résultats et les indicateurs sont restitués lors de chaque réunion de CLIN. Ils sont utilisés pour identifier les actions correctives et réajuster les plans d'action du CLIN. Un bilan annuel est réalisé par le CLIN et présenté en CME.

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

Des actions d'améliorations sont mises en œuvre suite aux évaluations et aux déclarations d'événements indésirables par exemple mise en place de supports visuels dans le cadre de la mise en place de mesures complémentaires d'hygiène. L'efficacité des actions est réévaluée et les plans d'actions du CLIN sont réajustés en conséquence. Les résultats des évaluations sont communiqués aux médecins en CME lors des réunions de CME et aux professionnels lors des staffs de service hebdomadaires. Les IQSS sont affichés dans les locaux de la clinique et figurent sur le site internet public de l'établissement.

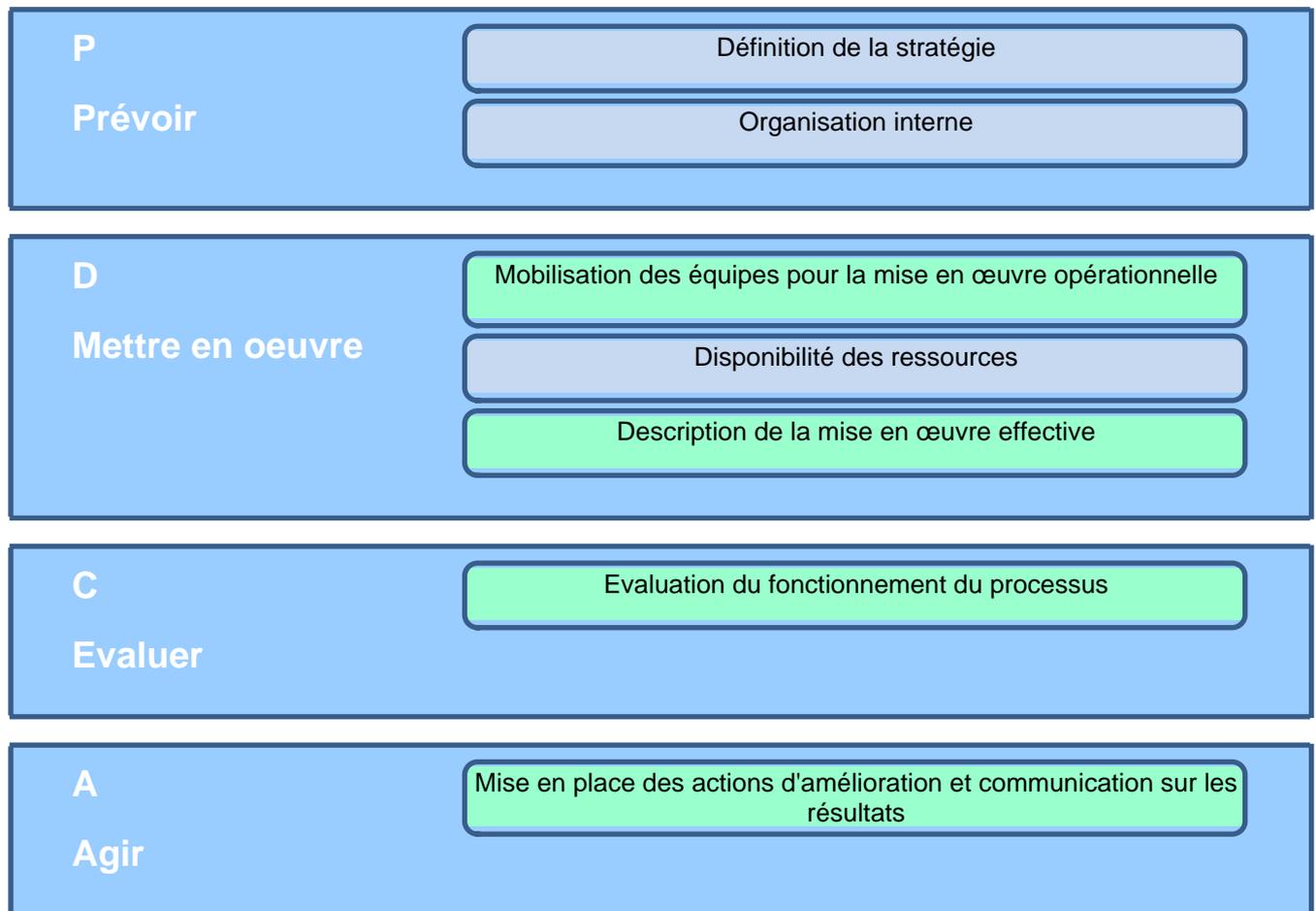
# DROITS DES PATIENTS

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques du projet d'établissement 2017-2022 et comporte 4 axes: droit à l'information et au respect de la confidentialité, droit à l'accès aux soins et aux soins les plus appropriés, droit à participer à la prise en charge médicale et le respect de la personne soignée au quotidien. L'établissement a identifié, analysé et hiérarchisé selon sa méthodologie institutionnelle. Un groupe de travail pluridisciplinaire a identifié les risques provenant des décisions de la précédente certification V 2010, de l'analyse des fiches d'événements indésirables, des retours d'expérience, de l'ensemble des indicateurs nationaux et interne. Une carte d'identité du processus a été réalisé et une cartographie des risques établie. Les risques ont été priorisés par le groupe de travail en utilisant des critères de fréquence, de gravité et en déterminant un niveau de criticité et de maîtrise des risques.

Les risques identifiés sont le support de formalisation d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Les objectifs sont identifiés. Les risques prioritaires ont permis d'établir une fiche risque qui constitue la « maquette » du Compte Qualité de l'établissement. 5 risques sont intégrés dans le Compte Qualité. Les risques identifiés dans le compte qualité sont retrouvés dans le PAQSS. Le programme a été présenté par le Comité de pilotage de la qualité et gestion des risques et validée en CME.

**ORGANISATION INTERNE**

Le processus droit des patients est piloté par la responsable des services généraux et l'infirmière référent des services de chirurgie générale et soins continu autonome. Une fiche de mission mentionne leur rôle et responsabilités. La polyclinique de Navarre a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires. Des ressources sont prévues parmi le personnel en termes de compétences. Des formations sont planifiées dans le plan de formation annuel de l'établissement et organisent la promotion de la bientraitance. Les besoins en documentation sont structurés. Les procédures relatives aux droits des patients sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé. Une organisation relative à l'information donnée au patient est définie. Des supports d'informations sont organisés et accessibles librement pour les patients et accompagnants notamment dans le livret d'accueil systématiquement remis lors de l'admission ; il décrit l'ensemble des informations nécessaires pour le patient et son entourage et notamment la charte de la personne hospitalisée, le recueil de la personne de confiance, directives anticipées, consentement éclairé, don d'organe, accompagnement de fin de vie, plaintes, accès au dossier médical... L'organisation des locaux d'assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins. Les ressources en matériel et en équipements sont prévues : annonce vocale dans les ascenseurs, ouvertures par digicode des portes des salles de soins, système de mise en veille des ordinateurs portables circulant dans les couloirs. Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative des matériels et équipements est en place. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la transmission des informations entre les différents services, l'accueil du patient et de sa famille y compris socio-familial, la prise en charge de la douleur, de la fin de vie, l'accès au dossier médical, l'identité du patient. La Commission des Usagers est organisée selon les directives du décret du 1er juin 2016 ; les patients sont informés de ses missions.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

La direction de la polyclinique de Navarre et les cadres de chaque service organisent la déclinaison de la politique définie par la direction notamment par des informations régulières lors de staffs hebdomadaires. Une sensibilisation des équipes concernant la procédure à suivre en cas de dommages associés aux soins a été effectuée et une campagne d'affichage réalisée. Les investigations réalisées au sein de plusieurs services ont permis de vérifier la mobilisation des équipes dans le cadre de la désignation de la personne de confiance et du consentement éclairé du patient. La responsable qualité et gestionnaire des risques associés aux soins sensibilise régulièrement les professionnels des services. Les résultats des questionnaires de satisfaction sont communiqués par les responsables de services à l'ensemble du personnel. Suite aux retours d'expériences, un protocole a été mis en place afin de permettre des sorties exceptionnelles de la mère en cas d'hospitalisation du nouveau née en réanimation. Les équipes sont également informées des différentes modalités de signalement de cas de maltraitance. Des actions correctives ont été mises en place en collaboration avec les professionnels.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences et effectifs sont en adéquation avec les besoins de la population

accueillie, Les compétences présentes ou mobilisables au sein de l'équipe pluridisciplinaire permettent de répondre aux attentes de l'ensemble des personnes prises en charge. Les formations en lien avec les droits des patients sont effectives. L'ensemble des procédures en lien avec le processus droit des patients sont accessible via la GED informatisée. De nombreux documents d'informations sont accessibles librement pour les patients, notamment au sein du service de la maternité, des livrets de conseils hygiéno-diététiques sont remis aux mamans afin de préparer le retour à domicile. La charte du patient hospitalisé est intégrée dans le livret d'accueil et affichée au sein des services de la polyclinique. Les équipements, matériels et locaux sont conformes et répondent aux besoins des professionnels. Des moyens d'évaluation de la douleur pour les non communicants sont en place. Les locaux permettant l'accueil des personnes en situation de handicap et l'accueil des malvoyants ou non voyants est organisé. Les conditions matérielles sont assurées pour l'accueil de l'entourage: des salons dans chaque service permettent l'accueil des familles, présence de bibliothèques, il existe de lits et repas accompagnants et la possibilité de restauration en interne. L'entretien courant est assuré par le responsable technique, les actions préventives et curatives pour l'ensemble des secteurs sont réalisées par des prestataires.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les services de la polyclinique de Navarre mettent en œuvre les procédures et protocoles établis pour la prise en charge des patients et sont confirmés par les patients traceurs vus pendant la visite. Les horaires de visite s'échelonnent de 12h à 20h aménageable si besoin et notamment dans les Unités de Soins Intensifs. Il existe un accueil personnalisé du patient si nécessaire. Un soutien de l'entourage des patients est réalisé en équipe pluridisciplinaire lors des consultations d'annonces. Des lits et des repas accompagnants pour l'entourage sont proposés et disponibles. Le recueil du consentement éclairé du patient est effectué dans tous les services de la polyclinique. Le cas échéant le refus de soins du patient est également recherché. En cas d'intervention sur mineur, le consentement des deux parents est systématiquement demandé et tracé dans le dossier, confirmé par les investigations menées au sein du service de chirurgie ambulatoire. Le recueil de la personne de confiance est réalisé et tracé dans le dossier. Une information écrite concernant les directives anticipées est systématiquement remis aux patients, renseignée et signée en fonction des spécialités. Le patient est associé dans la mise en œuvre de son projet de soins; la participation du patient et s'il y a lieu, de son entourage, dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins est initiée dès la première consultation au cabinet du praticien. Les patients sont informés sur leur état de santé et les soins proposés par les praticiens qui leur remettent des documents issues des Sociétés Savantes ; des informations figurent sur le site internet public de la polyclinique. En cas de dommage lié au soins, une procédure formalisée par l'établissement et validée par la direction et le président de CME permet de guider les professionnels. L'organisation des pratiques et la coordination entre les professionnels permettent le respect de la dignité et l'intimité des patients lors des soins y compris lors des soins d'hygiène. Les portes des chambres sont systématiquement fermées, des rideaux occultant électriques sont utilisés dans les chambres doubles lors des soins de nursing. Des blouses adaptées pour la chirurgie bariatriques, des blouses opaques permettent le respect de l'intimité des patients. Les organisations et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient: transmissions réalisées dans des salles de soins fermées par digicodes, verrouillage des écrans des ordinateurs portables permet d'assurer la confidentialité des données médicales et paramédicales. Les projets de prise en charge et l'organisation des pratiques respectent les libertés individuelles et notamment la liberté d'aller et venir. Les restrictions des libertés et notamment les contentions sont formalisées par un protocole et font l'objet d'une prescription dans le dossier patient informatisé, réévaluée quotidiennement. En maternité une procédure de non divulgation de présence et d'accouchement sous X, est connue des professionnels. La coordination entre professionnels est effective rendant les interfaces entre secteurs opérationnelles et permettent la prise en compte des droits des patients. Il existe des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires avec une participation de la psychologue, des assistantes sociales et de l'équipe paramédicale. L'information du patient et de ses droits est assurée au travers du livret d'accueil remis dès l'admission. La charte des droits des patients est affichée au sein des services. Des documents d'informations sont accessibles librement pour les patients, notamment au sein du service de maternité afin de préparer le retour à domicile (livrets de conseils hygiéno-diététiques); un Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) en lien avec la CPAM est en place en maternité. Les instances CLUD, CLAN, CDU se réunissent régulièrement; cette dernière se réunit 4 fois par an. Les coordonnées des représentants de la CDU sont disponibles et accessibles aux patients et à leur entourage grâce à un document présent dans le livret d'accueil; ce dernier explicite les démarches à suivre si le patient ou son entourage souhaite formuler une plainte, une réclamation ou des éloges. Toutes les réunions sont tracées dans des comptes rendus.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du respect des droits des patients de la polyclinique de Navarre repose sur le questionnaire de sortie remis aux patients. Un audit de 2016 a été mené sur la présence du formulaire de la présence du recueil de la personne de confiance et des directives anticipées. Un bilan annuel d'activité de la CDU

est réalisé et communiqué à l'ARS. Toutefois, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas évaluée annuellement. Il n'existe pas dispositif structuré d'évaluation de l'ensemble du processus. Le suivi des plans d'actions en lien avec le processus droit des patients n'est pas assuré. Le bilan annuel du COPIL QGDR ne reprend pas le suivi des plans d'actions du processus droits des patients. Le bilan des actions mises en œuvre n'étant pas exhaustif, il n'y a pas d'analyse permettant d'identifier tous les points à risque.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux questionnaire de sortie, à l'audit de 2016 et au bilan annuel d'activité de la CDU. Toutefois, le programme n'est pas réajusté en fonction des résultats des évaluations. Le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne fait pas l'objet d'un suivi structuré. Les plans d'action n'étant pas à jour, le PAQSS de l'établissement n'est pas réajusté en conséquence. Un lien informatique dénommé "NEWS" permet de transmettre aux professionnels des informations d'ordre générales (dates de sessions de formations etc..)

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

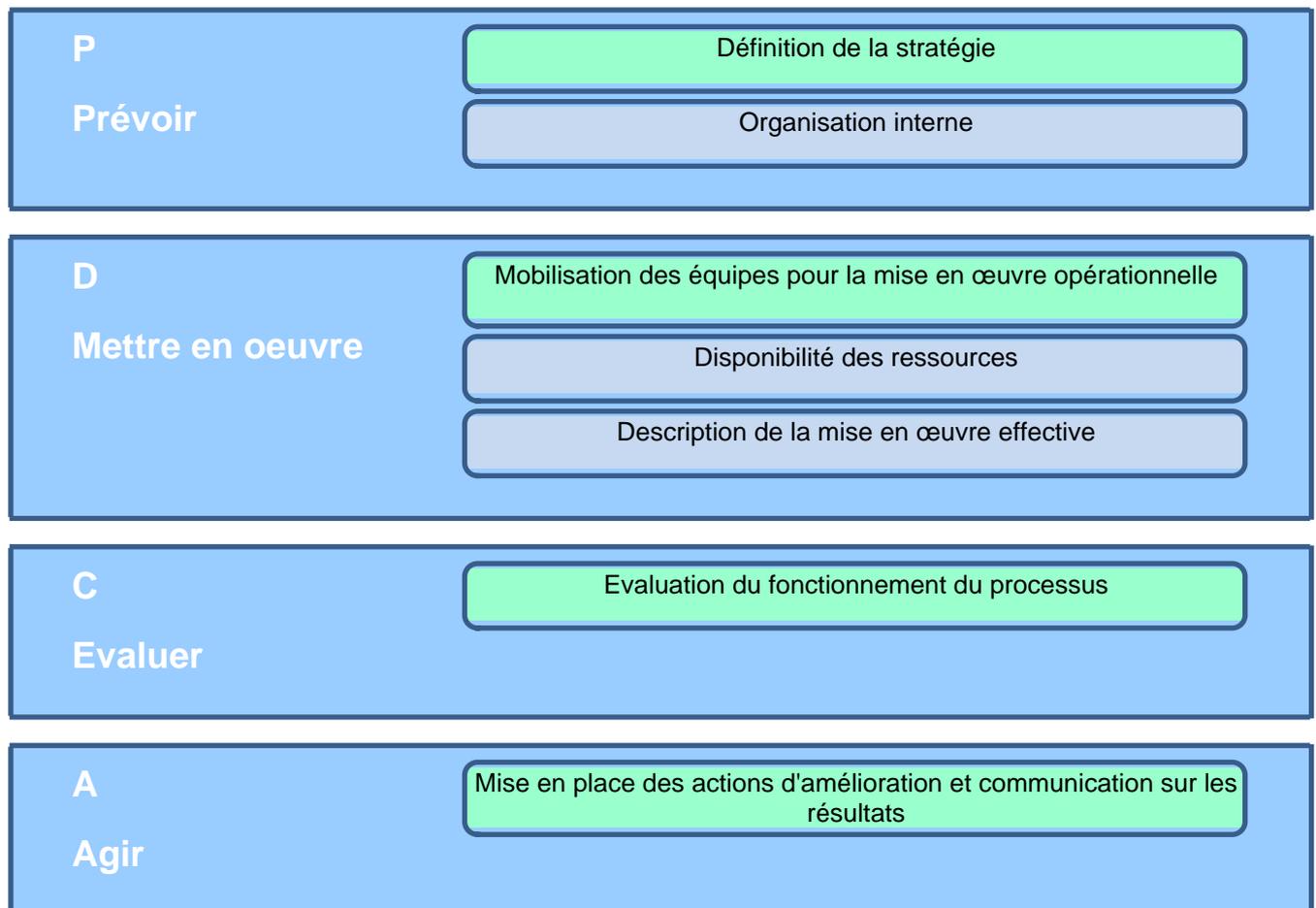
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La stratégie de la Polyclinique de Navarre répond aux objectifs stratégiques définis dans les schémas de planification sanitaire SROS-PRS et déclinés dans le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens. Le Projet d'Établissement 2017-2022 est défini par le CODIR et présentée aux instances ; il prend en compte en fonction de ces orientations stratégiques, les besoins de la population du territoire de santé et la réflexion en terme de filière de soins et de complémentarité. L'organisation interne est structurée de façon à pouvoir répondre à la mise en œuvre du projet stratégique qui se déploie sur différentes prises en charge : une activité chirurgicale avec une filière ambulatoire importante et une activité obstétricale avec une maternité de niveau 1. Le groupe détenant les deux cliniques (polyclinique de Navarre et clinique Marzet) a, par conséquent, acté un regroupement de la chirurgie sur un plateau technique unique de la polyclinique de Navarre. Les travaux d'extension du bloc opératoire et de l'UCA sont en cours. Ce projet architectural est accompagné d'une redéfinition des parcours de soins notamment en UCA. Le management est impliqué à travers le CODIR et le COPIL-QGDR. La communication de la stratégie est réalisée auprès des instances, CME, DP, CE, CHSCT. Un groupe de travail « parcours patient » a été constitué pour identifier les risques du processus. Une carte d'identité du processus a été réalisée ainsi qu'un cartographie des risques en 2017. L'exploitation des Feuilles d'Événements Indésirables (FEI), des Indicateurs nationaux, des indicateurs d'activité des services ainsi que les exigences réglementaires ont été exploitées afin d'identifier les risques inhérents aux pratiques dans l'établissement. Les risques ont été hiérarchisés, priorisés selon la grille de la HAS et validés avec les professionnels concernés en COPIL-QGDR. La stratégie est décliné dans un programme d'action. Le PAQSS intègre les actions d'amélioration définies pour les risques identifiés. Les modalités de mise en œuvre des actions sont décrites sur des fiches dédiées. Le Compte Qualité issu du PAQSS comprend les risques majeurs avec leurs actions d'amélioration. Dix risques prioritaires sont intégrés dans le Compte Qualité. Cependant, le programme d'action institutionnel n'est pas exhaustif. En effet, la totalité des actions identifiées, pour cette thématique dans le compte qualité, n'est pas intégrée dans le PAQSS de l'établissement, ce qui ne permettent pas d'assurer un pilotage global.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est réalisé à travers le groupe de travail « processus parcours du patient » et de pilotes identifiés, Directrice, Président de la CME et d'un cadre de soins dont les rôles et responsabilités sont identifiés et dont les fiches de missions sont établies. Au regard de ses missions et des risques identifiés, la polyclinique de Navarre organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires. Les ressources humaines correspondent aux besoins des objectifs fixés. Les compétences métiers nécessaires sont associées. La permanence des soins 24/24 est organisée par la définition de règles de présence et d'un système de garde et d'astreinte. Le plan de formation annuel intègre des formations liées à ce processus : prise en charge en ambulatoire et Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC), éducation thérapeutique, plaies et cicatrisation, etc. Le dispositif d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants est structuré ; une procédure d'accueil et d'intégration des professionnels est formalisée. Les ressources documentaires utiles sont organisés, une gestion électronique des documents est déployée sur les postes de travail et disponible pour les professionnels. Des documents d'information sont prévus pour les patients. La mise à disposition des ressources matérielles nécessaires à la réalisation des soins est organisée. Les locaux sont opérationnels et les travaux actuels adaptent l'établissement à ses objectifs stratégiques. Un plan d'équipement annuel est structuré en concertation avec les acteurs concernés. Les équipements et leur maintenance sont adaptés au besoin. La gestion des pannes et dysfonctionnements est organisée par une GMAO et coordonnée par un ingénieur biomédical. Le système d'information organise l'accès au dossier patient par l'ensemble des intervenants à la prise en charge du patient. Les interfaces entre les secteurs permettent une continuité de la prise en charge du patient durant son parcours. La gestion des circuits des patients est organisée depuis l'admission du patient, soit sous forme d'admissions programmées, soit non programmées, tout au long du séjour, entre les différents secteurs cliniques, médico techniques, administratifs jusqu'à la sortie du patient. La concertation entre tous les professionnels et entre les secteurs d'activité autour des besoins des patients est organisée par la tenue de réunions pluriprofessionnelles dans les secteurs d'activité, les avis spécialisés et de recours, notamment à travers de nombreuses conventions avec des établissements, réseaux de soins et/ou professionnels partenaires.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

A l'échelle de chaque service les projets intègrent des objectifs améliorant le parcours du patient. Les

services organisent des staffs hebdomadaire pluridisciplinaire. Les équipes sont impliquées et sensibilisées. Elles s'impliquent dans les actions d'amélioration au travers de diverses évaluations : EPP, RMM en obstétrique et en chirurgie digestive, audits, déclaration d'événements indésirables, retour d'expérience. Les FEI nombreuses sur ce processus leur permet de s'approprier la déclinaison de la démarche qualité et gestion des risques au niveau du parcours du patient. Les professionnels ont participé à l'analyse de risques à priori sur les parcours patients et des actions correctives identifiées. Des évaluations ponctuelles permettent aux professionnels de réajuster leurs pratiques, par exemple, l'évaluation de l'appel du lendemain en ambulatoire.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériels et documents sont disponibles. Les ressources et les compétences professionnelles adéquates sont en place. L'accueil des nouveaux arrivants est effective selon la procédure d'accueil et d'intégration. Un livret d'accueil leur est remis et une évaluation de la phase d'intégration est assurée. Un pool de remplacement IDE permet de pallier aux absences ou de renforcer les services en fonction de la charge de travail. Des formations sont réalisées en interne ou en externe dans le cadre du plan de formation. Le dispositif de gardes et astreintes est opérationnel 24h sur 24, diffusé et connu des professionnels des services. Ces organisations sont connues et respectées par les professionnels. Des professionnels paramédicaux spécialisés sont personnes ressources: assistantes sociales, kinésithérapeutes, psychologues, diététicienne, IDE d'annonce, IDE stomathérapeute, IDE possédant un Diplôme Universitaire (DU) de la douleur, un DU plaies et cicatrisation, IDE toucher massage. Les sages femmes réalisent des consultations allaitement. Les avis médicaux spécialisés sont disponibles. Des conventions avec d'autres structures publiques ou privées permettent d'assurer une continuité des prises en charge. Les documents nécessaires à la réalisation des soins sont accessibles dans les secteurs d'activité dans la base de gestion documentaire informatisée installée sur tous les ordinateurs. Des documents, livrets d'information et de recommandations sont remis aux patients comme support aux conseils éducatifs donnés par les équipes soignantes; par exemple en maternité, l'« atelier baby cooker », en neurochirurgie « livre de conseil à destination des opérés du dos », en urologie « vivre bien avec une stomie urinaire... », en orthopédie « pour bien vivre avec une prothèse de hanche », etc. Les ressources matérielles sont mises à disposition. Les locaux sont adaptés aux activités et permettent de recevoir les personnes porteuses de handicaps. Ils permettent de respecter les règles de confidentialités liées aux activités, ainsi que la réalisation du bio-nettoyage dans la conformité des bonnes pratiques. Les équipements des services sont en adéquation avec les activités et les prises en charge réalisées; ils sont fonctionnels. Le service technique assure la maintenance préventive et curative des locaux, les pannes sont déclarées par les professionnels via un logiciel dédié. Le service biomédical assure le suivi des dispositifs médicaux.

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

Les professionnels des secteurs d'activité mettent en œuvre l'organisation de la prise en charge des patients dès leur entrée dans la polyclinique. L'accueil du patient est organisé de façon adapté selon plusieurs filières et en fonction des prises en charge. Un circuit est dédié à l'obstétrique, y compris la prise en charge en urgence. Le circuit de l'hospitalisation ambulatoire programmée est organisée avec une préadmission. Les livrets d'accueil sont remis dès la consultation hospitalisante. Les prises en charge des patients sont réalisées à partir d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins. Les prévisions de soins de suite sont anticipées dès la consultation chirurgicale. Le projet de soins personnalisé est tracé dans le dossier lors de l'accueil du patient en fonction de l'ensemble de ses besoins et réévalué au cours de l'hospitalisation. Il intègre la réévaluation bénéfice-risque tracé dans le dossier du patient et réévaluée de même que le suivi clinique quotidien et les soins réalisés. La prise en charge des urgences vitales est organisée et la procédure est connue par les professionnels, le matériel est en place, vérifié et opérationnel. La formation des professionnels à l'utilisation de ce matériel et au premiers gestes de secours (AFGSU) est réalisée chaque année. Les populations spécifiques font l'objet d'une attention spécifique. A l'accueil infirmier le dépistage de fragilités particulières est réalisé pour les personnes âgées. Pour les enfants une vigilance accrue est portée sur le recueil du consentement des deux parents. Pour les patients à mobilité réduite des chambres handicapés sont disponibles dans chaque service. Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés et suivies (suites chirurgicales, dénutrition, diabète, chirurgie de l'obésité, etc). La diététicienne intervient à la demande des services, ses interventions sont tracées. L'établissement organise cette prise en charge autour de son CLAN. Les patients présentant potentiellement un risque suicidaire sont identifiés lors des consultations du chirurgien et de l'anesthésiste. Deux psychologues peuvent intervenir à la demande des services. En cas de dommage lié au soins une procédure formalisée par l'établissement et validée par la direction et le président de CME permet de guider les professionnels. Les professionnels collaborent afin d'assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur lorsque l'état du patient le nécessite. Pour certaines spécialités des partenariats fonctionnent avec d'autres établissement pour un parcours de prise en charge : en chirurgie bariatrique, en neurochirurgie. En neurochirurgie une charte de coordination des soins organise le dispositif permettant d'assurer la surveillance continue des patients y compris en cas de transfert vers un autre centre. En fonction des spécialités médicales, des activités de soins de suite et de de rééducation sont intégrées dans le projet de prise en charge du patient (orthopédie, neurochirurgie). L'établissement ne possède pas de programme d'éducation thérapeutique autorisé mais mène des actions sur les

maladies et les situations qu'il a identifiées notamment pour les diabétiques et les patients bénéficiant d'une chirurgie bariatrique, un partenariat avec les endocrinologues de la clinique Princesse est fonctionnel. La sortie du patient est organisée et si c'est nécessaire et possible la prise en charge aval est demandée dès la consultation du chirurgien et la décision de date d'intervention. Elle se fait en concertation avec le patient et sa famille. Les documents de sortie lui sont remis. En cas de transfert inter-établissement une fiche de liaison accompagne le patient. Pour les nouvelles accouchées le dispositif PRADO, organisé par l'assurance maladie permet de mettre en place à domicile les visites d'une sage femme ainsi que d'autres professionnels en cas de besoin. Les circuits et interfaces internes et externes correspondent aux nécessités de la prise en charge du patient. Il existe des feuilles de liaison entre les différents services et en cas de transfert du patient. La coordination des services permet d'assurer le relais entre les équipes, accueil / service administratif, l'ambulatoire, les services d'hospitalisation, le bloc, les services logistiques. Les instances opérationnelles se réunissent périodiquement et un compte rendu des réunions est rédigé et diffusé dans la GED aux professionnels intervenant dans l'établissement. La traçabilité des actions et des interventions réalisées autour du patient est faite sur son dossier.

## **C / EVALUER**

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

Un dispositif d'évaluation et de suivi est en place. L'établissement assure le suivi des indicateurs nationaux. L'établissement met œuvre les recueils de satisfaction des patients par le biais des questionnaires e-Satis pour les patients hospitalisés, d'un questionnaire de sortie en maternité. Il suit des indicateurs internes. Les indicateurs issus des EPP et des audits sont suivis par les pilotes de processus. Cependant, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas évaluée. Le programme d'action institutionnel ne permet pas réaliser de bilan des actions mises en œuvre, de l'efficacité des actions, et d'analyse permettant d'identifier les points à risque. En effet, il n'intègre pas des indicateurs liés aux démarches de pratique clinique (IQSS document de sortie en dessous du seuil de performance). Les plans d'actions issues des EPP n'intègrent pas non plus le PAQSS. Le bilan des actions mises en œuvre n'étant pas exhaustif, il n'y a pas d'analyse permettant d'identifier tous les points à risque.

## **A / AGIR**

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre après les évaluations menées : indicateurs nationaux et/ou interne, recueils de satisfaction des patients (e-Satis), questionnaire de sortie en maternité, EPP, etc. Chaque service réalisant des évaluations communique lors des réunions de service. Toutefois, les actions d'amélioration mises en œuvre ne sont pas articulées avec le programme d'actions institutionnel. En effet, des actions d'amélioration sont identifiées, mises en œuvre mais elles ne sont pas intégrées dans le PAQSS, ce qui empêche d'avoir une vision globale sur l'ensemble des actions menées.

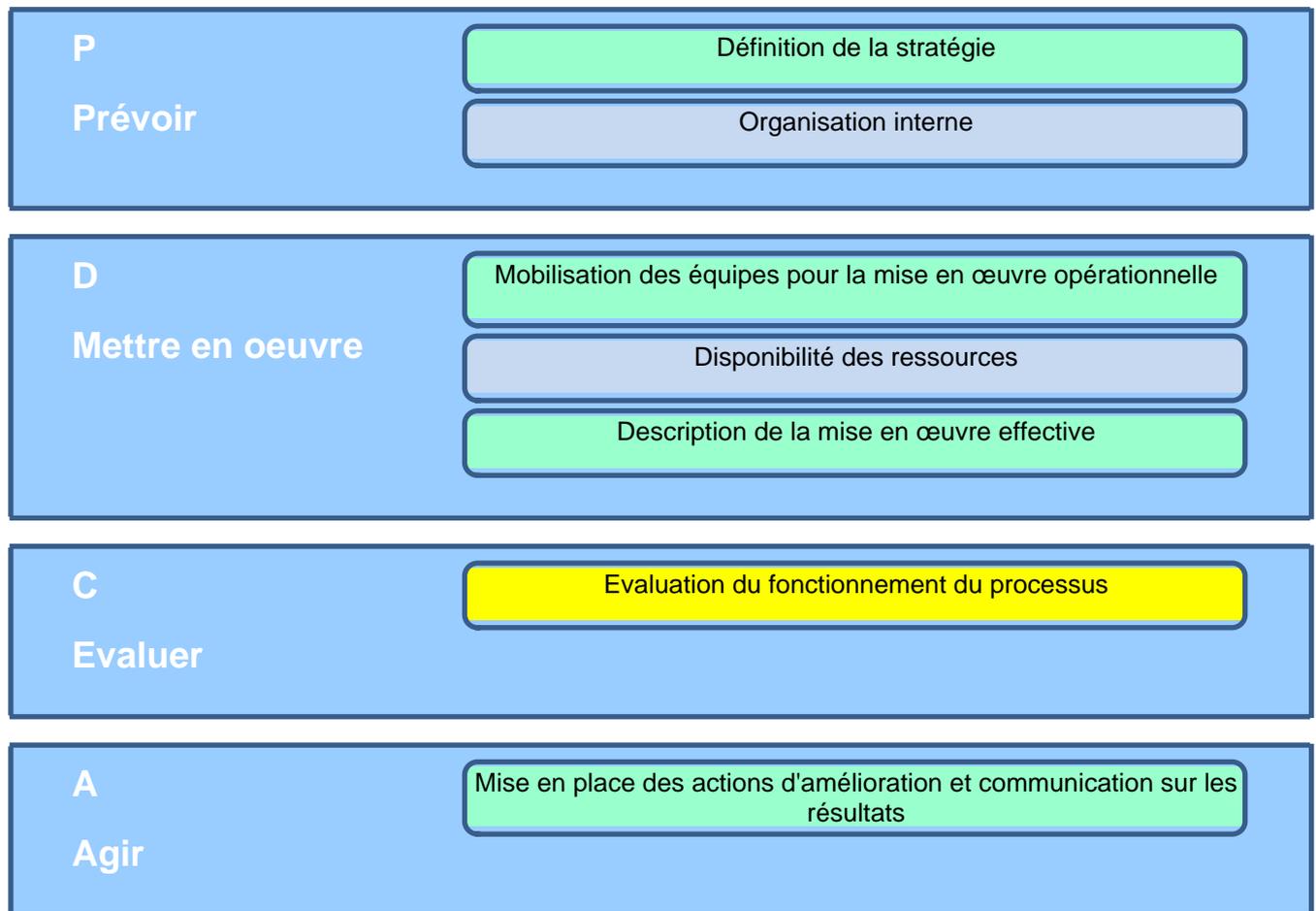
# DOSSIER PATIENT

## 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 de la polyclinique de Navarre est intégré au projet des Systèmes d'Informations inscrit dans le Projet d'établissement 2017-2022. Cinq axes stratégiques sont identifiés en cohérence avec le regroupement des deux cliniques du groupe :

- un Système d'Information (SI) commun,
- une gestion intégrée des ressources,
- des services en ligne d'échange d'information,
- une interopérabilité fluide et fiable entre la gestion administrative,
- un dossier patient informatisé (DPI) commun.

Trois transitions majeures sont déclinées :

- une informatisation complète et totale du dossier patient,
- une gestion intégrée du processus global de planification opératoire
- la mise en place d'un pilotage médico-économique.

Le DPI déployé en 2008 ne répondant plus aux attentes des professionnels, la direction a souhaité le déploiement d'un nouveau logiciel DPI.

L'établissement a identifié, analysé, hiérarchisé et priorisé ses risques liés au dossier patient selon la méthodologie institutionnelle: définition d'une carte d'identité prenant en compte les axes stratégiques définies, élaboration d'une cartographie des risques par un groupe de travail pluriprofessionnel, prise en compte des risques a posteriori. Des risques prioritaires ont été identifiés par le groupe de travail pluridisciplinaire, hiérarchisés avec les professionnels concernés en utilisant des critères de fréquence, de gravité et en déterminant un niveau de criticité et de maîtrise des risques. La priorisation de ces risques a été validée par le Comité de pilotage de la qualité et gestion des risques et présentée en CME. Les risques identifiés sont le support de formalisation d'un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Les risques prioritaires sont formalisés dans une « fiche risque » qui constitue la « maquette » du Compte Qualité. Trois risques ont été identifiés et versés dans le compte qualité. Des objectifs et un plan d'actions au regard de chaque risques ont été formalisés par le groupe de travail.

#### ORGANISATION INTERNE

Le processus du dossier patient est piloté par la Responsable Assurance Qualité, le Médecin DIM et la responsable informatique. Les missions sont formalisées dans une fiche de poste et mission. Les besoins en ressources humaines, documentaires et matérielles sont identifiés. Les ressources sont prévues parmi le personnel en termes de compétences : présence d'un médecin DIM à mi-temps, d'un pilote informatique en charge des interfaces avec l'ensemble des logiciels informatiques. La formation et la sensibilisation des professionnels sont organisées tant pour l'utilisation et la tenue du dossier que pour l'accompagnement du déploiement du dossier informatisé. Les nouveaux personnels et les vacataires sont formés. Les besoins en documentation sont prévus, les procédures relatives aux dossiers patients informatisés et papiers sont intégrées au système de gestion documentaire informatisé. L'organisation de l'accès du patient à son dossier et de l'information quant à son accès est organisé; un chapitre inclus dans le livret d'accueil en définit les modalités et une procédure est en place. L'établissement prévoit les ressources matérielles suffisantes, travaux, achats pour répondre aux objectifs et besoins en matériels et équipements en particulier pour le déploiement du dossier patient informatisé: postes informatiques, ordinateurs portables, bornes Wi-Fi. La maintenance informatique est organisée en interne par l'informaticien de la polyclinique. Le dispositif de dépannage et la procédure dégradée en cas de panne informatique sont organisés et formalisés et connus de l'ensemble des professionnels. La gestion des interfaces et des circuits du dossier patient est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et les secteurs d'activité dans lesquels coexistent un dossier informatique et un dossier papier. La gestion des interfaces est définie par l'application des guides d'utilisation mis à disposition des professionnels. Les modalités de communication du dossier entre professionnels impliqués dans la prise en charge et les correspondants externes sont organisées. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier informatisé sont définies en fonction de leur profil utilisateur. De même les conditions d'archivage du dossier papier sont définies. L'accès aux dossiers d'archivés pour les hospitalisations prévues est organisée et formalisée.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est effective. Il existe des objectifs et des plans d'actions propres au processus dossier patient (partogramme informatisé en maternité). Les

équipes sont mobilisées et ont été impliquées dans le choix du nouveau logiciel concernant le dossier patient. L'informaticienne est très présente sur le terrain. La gestion du dossier patient ainsi que les conditions d'accès du patient à son dossier sont déclinés dans tous les secteurs. Les professionnels ont été informés et sensibilisés concernant l'identification des risques en lien avec le processus dossier patient et notamment les risques prioritaires identifiés dans le compte qualité. Le recueil et l'analyse des fiches d'événements indésirables (FEI) sont favorisés par une charte de non punition. La déclaration est faite sur le logiciel institutionnel. Les actions d'amélioration sont conduites en associant les professionnels à la démarche.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs. Les ressources en compétences et effectifs sont en adéquation avec les besoins de la population accueillie. Les compétences présentes ou mobilisables au sein de l'équipe pluridisciplinaire permettent de répondre aux attentes de l'ensemble des personnes prises en charge. Les formations sont mises en œuvre: formation informatique, patient traçeur. Chaque professionnel, lorsqu'il arrive, est formé sur l'utilisation du dossier patient ; un livret d'accueil est mis à la disposition de chaque nouvel embauché. Chaque salarié a un droit d'accès unique avec un identifiant et un mot de passe personnel. Les droits d'accès au dossier patient sont attribués selon sa fonction. Les procédures, protocoles et guide d'utilisation sont accessibles via la GED. Les équipements, matériels et locaux sont conformes et répondent aux besoins des professionnels. La maintenance informatique est assurée en interne par l'informaticien, une astreinte informatique de week-end est effective. Un logiciel de déclaration de panne permet au personnel de l'établissement de signaler tout dysfonctionnement technique, l'ensemble des déclarations sont traitées par le service technique. Un service wifi gratuit est à disposition des patients. Un déploiement partiel du nouveau logiciel est en cours au sein du service de soins intensifs de neurochirurgie.

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

L'ensemble des professionnels de la polyclinique applique les procédures définies pour la gestion du dossier patient. De l'accueil du patient jusqu'à sa sortie les protocoles concernant le dossier patient sont mis en œuvre dans cet établissement ou coexiste deux supports de dossier patient, informatique et papier. La coordination entre les professionnels est assurée par l'encadrement. La traçabilité des éléments constitutifs de la prise en charge du patient est assurée en temps utile dans le dossier du patient papier ou informatique. Dans les services d'hospitalisations complète, les suivis médicaux et paramédicaux, les transmissions ciblées, la consultation d'anesthésie, le projet de soins personnalisés, le suivi des constantes, les examens biologiques et les prescriptions sont informatisés. Le dossier patient est utilisé pour le suivi per-anesthésique, les fiches de liaison inter-service, les fiches de liaison bloc service, les consentements. En UCA, les prescriptions post opératoires et le plan d'administration sont dans le DPI, toutes les autres informations sont en version papier. Le service maternité utilise le DPI logiciel pour les prescriptions médicales et des sages-femmes, le suivi des constantes paramédicales, suivi médicaux et les résultats de biologie. L'ensemble des autres informations sont sous version papier : dossier accouchement, partogramme, suivi de couche, diagramme de soins, transmissions ciblées, dossier bébé, dossier d'anesthésie. Seul le service de Neurochirurgie utilise le nouveau DPI, qui offre une informatisation complète, depuis le 6 février 2018. Le logiciel sera déployé dans l'ensemble des secteurs en avril 2018 d'après le cahier des charges. Les archives médicales sont stockées dans des locaux dédiés et leur accès est réglementé. Des travaux de sécurisation sont en cours. Il existe une procédure pour l'accès aux archives de l'établissement. L'accès du patient à son dossier est conforme à la procédure. Les demandes d'accès au dossier patient sont reçues par la direction, puis traitées par le médecin DIM. Un registre entrée/sorties des dossiers est tenu, les délais de transmission sont suivis et conformes à la réglementation. Le patient est informé de ses droits d'accès notamment via le livret d'accueil. Les interfaces entre les différents secteurs sont assurées, notamment entre le service de pré admission, le bureau des entrées et les services de soins, confirmé par les investigations menées dans ces différents services. En cas d'absence du formulaire de désignation de la personne de confiance ou de l'autorisation d'opérer signé par les deux parents pour les mineurs, le dossier est bloqué. La cellule d'identitovigilance est opérationnelle et se réunit 4 fois par an. C'est le pilote informatique qui réalise les fusions de dossier. Les procès verbaux rédigés lors de chaque réunion de l'instance.

### **C / EVALUER**

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

La polyclinique de Navarre assure l'évaluation et la mise en œuvre du processus dossier patient à partir des indicateurs IQSS et Hôpital Numérique, le nombre de FEI et les délais de transmission des dossiers aux patients. Toutefois, il n'existe pas dispositif structuré d'évaluation de l'ensemble du processus. En effet, l'efficacité des actions mises en œuvre n'est pas évaluée. Il n'existe pas de tableau de bord d'indicateurs. Le bilan qualité et gestion des risques annuel ne comporte que la fréquence des réunions des instances ainsi que le nombre le nombre de FEI par processus. Le suivi des plans d'actions, en lien avec le dossier patient, n'est pas assuré par le COPIL-QGDR. De plus, il n'y a pas d'analyse bilan des actions permettant d'identifier tous les points à risque. L'établissement n'exploite pas les résultats des

indicateurs IQSS pour identifier des actions d'amélioration quant à la tenue du dossier patient, la qualité du courrier de fin d'hospitalisation et son délai d'envoi, la traçabilité de l'évaluation de la douleur post-opératoire sur la feuille de surveillance du patient en SSPI.

## **A / AGIR**

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

Il n'existe pas dispositif d'amélioration. En effet, l'ensemble des actions menées ne sont pas repertoriées dans le programme d'action institutionnel (PAQSS), en particulier, le plan d'actions "sécurité du système d'information", élaboré dans le cadre du déploiement du nouveau logiciel DPI. Les résultats des IQSS sont affichés à l'accueil de la clinique et disponible sur le site internet public de l'établissement.

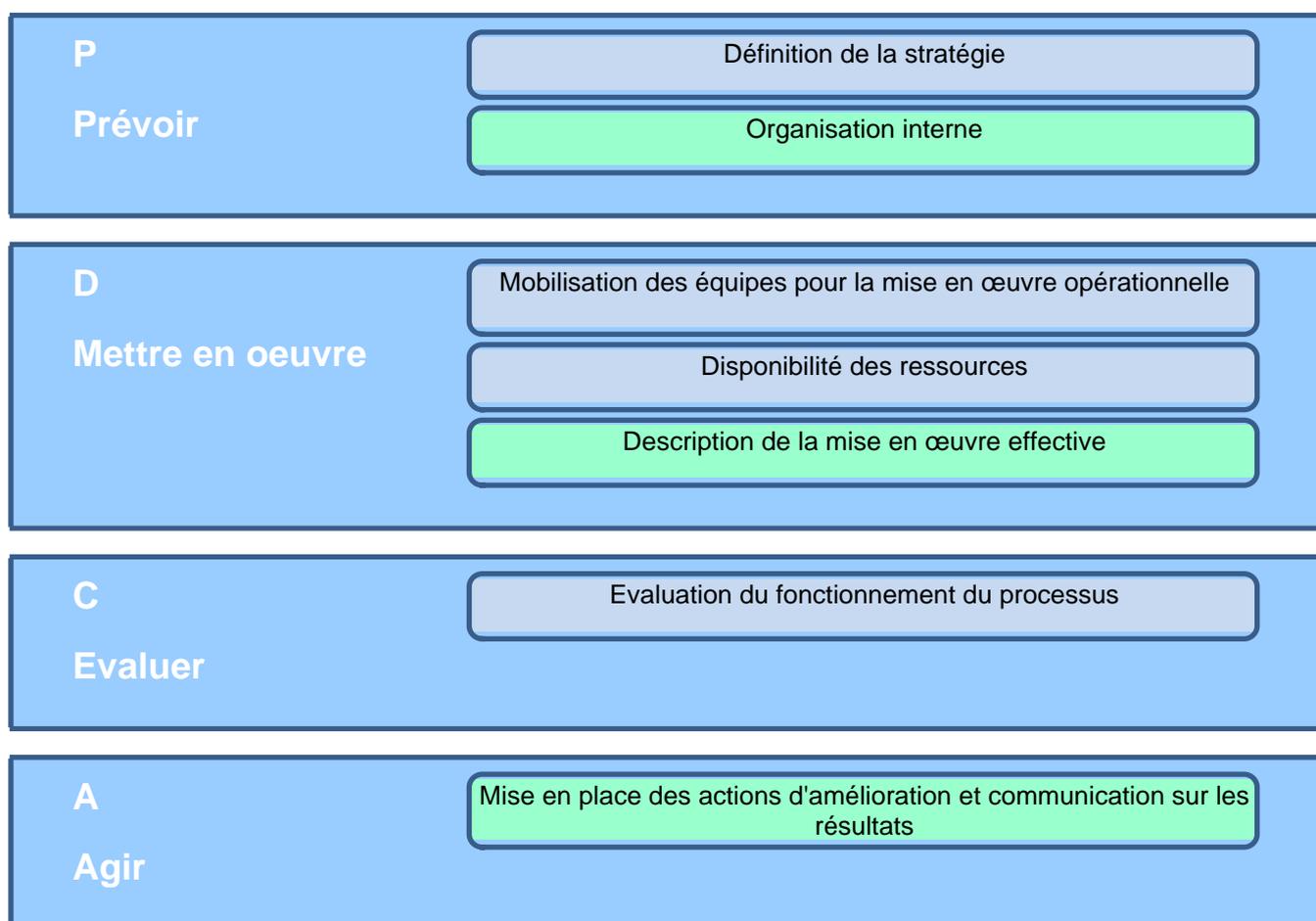
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La polyclinique de Navarre a défini sa stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse en prenant en compte les objectifs fixés par les tutelles notamment ceux du Contrat du Bon Usage des Médicaments et des Produits et Prestations, contractualisé avec l'ARS en 2014 pour une durée de 5 ans, et les besoins en lien avec la restructuration, en cours, architecturale, des parcours de soins et du système d'information avec notamment le dossier patient informatisé. Cette stratégie est un axe prioritaire de la politique qualité et gestion des risques de l'établissement formalisée dans le chapitre III de son projet d'établissement 2017-2022. La méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques a été utilisée pour identifier et analyser les risques liés au circuit du médicament. Les axes d'amélioration s'appuient sur la carte d'identité du processus et une cartographie des risques élaborée par un groupe de travail pluri professionnel. Celle-ci a été construite à partir du suivi des recommandations issue de l'audit réalisé par l'OMEDIT Aquitaine, du rapport de la dernière procédure de certification, des rapports d'étape du CBUMPP, des résultats des indicateurs nationaux, des analyses des risques a posteriori, des résultats d'audit interne et des EPP, elle a pris également en compte la conformité à la réglementation et la veille réglementaire. Les risques ont été hiérarchisés, priorisés et validés avec les professionnels concernés en COPIL-QGDR. La stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé, priorisé et intégré pour cette thématique au programme global institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. En regard des risques identifiés, les objectifs et les mesures de traitement sont arrêtés, les ressources nécessaires et les modalités de suivi sont définies. La sélection des risques prioritaires est intégrée dans une « fiche risque » qui constitue la « maquette » du Compte Qualité de l'établissement. Six risques prioritaires sont intégrés dans le Compte Qualité ; il est présenté et validé par les instances: Direction, CME, COPIL QGDR.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du processus de prise en charge médicamenteuse est assuré par le pharmacien gérant de la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) et le cadre de santé du service d'urologie. Le pharmacien gérant est nommé Responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse. Il est également le correspondant local de la pharmacovigilance. La déclinaison opérationnelle de la politique est assurée par le RSMQPCEM qui a le pouvoir décisionnel étant le représentant de la Direction. Il s'appuie sur le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles, directement rattachée à la CME, et sur le responsable assurance qualité/gestionnaire de risque, coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins du pôle commun aux deux établissements du groupe. Cette organisation est formalisée dans un Manuel Assurance Qualité du circuit du médicament ; celui-ci engage la Direction, prend en compte la politique d'amélioration continue de la prise en charge médicamenteuse du patient, comprend des dispositions spécifiques au sujet âgé et des autres populations spécifiques de l'établissement notamment la pédiatrie. Il a été réactualisé en octobre 2017 et est consultable par tous les professionnels dans la gestion documentaire informatisée. Au regard des besoins et risques identifiés, les ressources humaines, matérielles, et documentaires nécessaires sont identifiés et prévus. Les ressources humaines sont identifiées. La PUI fonctionne avec un pharmacien gérant temps plein, deux préparateurs en pharmacie et un magasinier. Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont tous identifiés et formalisés dans les fiches de poste formalisées, enregistrées et accessibles dans la GED. Un organigramme fonctionnel formalise les responsabilités des professionnels. Deux médecins anesthésiste réanimateur sont référents en antibiothérapie. Cependant, la politique de gestion des emplois et des compétences n'est pas totalement définie. Le plan de formation ne prévoit pas de formation sur la prise en charge médicamenteuse. Seuls les nouveaux arrivants sont formés. Les professionnels titulaires, à l'exception de la pharmacienne gérant de la PUI, n'ont reçu aucune formation depuis la dernière certification. Les bilans des formations n'ont pas permis d'identifier des formations sur la prise en charge médicamenteuse du patient. Les formations sont pourtant une priorité inscrite dans le projet social de son projet d'établissement. Une sensibilisation, de novembre 2017, d'une durée d'une semaine, sous la forme d'un e-learning sur la règle des 5B a été proposée aux professionnels lors de la semaine sécurité patient ; 14 professionnels y ont participé sur un effectif d'ETP d'IDE supérieur à 100. Enfin, aucune formation sur le médicament n'est programmée dans le plan de formation prévisionnel 2018. Cette situation avait déjà été soulevée en V2010. Ce risque est toutefois identifié dans le compte qualité, mais il ne comporte ni mesures de suivi, ni échéances précises. La permanence pharmaceutique est organisée par une procédure d'approvisionnement en urgence sous deux modalités complémentaires : des prêts et emprunts réalisés en interne dans les autres services de la polyclinique ou dans des établissements extérieurs et une dotation pour besoins urgents localisée dans l'Unité de Soins Intensifs Neurologique (USIN). Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire. L'ensemble des documents, externes réglementaires, et internes à la polyclinique est formalisé et intégré dans la GED consultables par l'ensemble des professionnels ; leur gestion est décrite dans la procédure des procédures de l'établissement. La documentation interne concerne l'ensemble des étapes de la prise en charge

médicamenteuse. Elle est issue de références validés, s'appuyant sur les Bonnes Pratiques de Pharmacie Hospitalière, rédigée avec les professionnels. Des outils d'aide actualisés et validés à destination des professionnels sont prévus: livret thérapeutique des médicaments intégrant les équivalences thérapeutiques, livret des dispositifs médicaux stériles et non stériles, des implants, liste des médicaments à risques, protocoles thérapeutiques. Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés. Les locaux de la PUI sont identifiés et installés au rez-de-chaussée de la polyclinique. La PUI est organisée pour assurer les opérations de gestion, d'approvisionnement, de réception, de stockage, de détention et de dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux. Les approvisionnements et les achats sont planifiés par un logiciel de gestion des stocks. Les matériels nécessaires aux services sont prévus ainsi que la fonction transport et le respect de la chaîne du froid. L'entretien et la maintenance préventive et curative des équipements et des locaux sont organisées et programmées avec le service biomédical et le service technique. Le système d'informatisation est structuré sur l'ensemble du circuit du médicament. Il est intégré au système d'information de l'établissement. Celui-ci est en cours de refonte. En particulier, un nouveau DPI installé actuellement, dans le seul service de neurochirurgie, va être déployé sur l'ensemble des services de la polyclinique. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre les professionnels des unités de soins et la pharmacie. Dans les unités de soins, le cadre de service est le relais de la pharmacienne et assure la fonction de référent du médicament. L'analyse pharmaceutique du traitement complet, incluant le traitement personnel des patients est organisée dans tous les services. La conciliation médicamenteuse est en cours d'organisation. Elle est organisée avec les secteurs médico-techniques. La pharmacienne organise, en collaboration avec le cadre du bloc, la gestion des médicaments et des dispositifs médicaux du bloc opératoire. Le service de stérilisation est sous la responsabilité de la pharmacienne rattaché qui délègue cette activité au cadre du bloc opératoire. Une adhésion à une centrale d'achat et à un groupement d'achat structure le programme d'achats des médicaments et des dispositifs médicaux. L'élimination des déchets est organisée avec un prestataire externe. L'ingénieur environnemental de l'établissement organise le recyclage des cartons d'emballage, des papiers et du verre dans cet établissement qui est certifié Iso 14001. La pharmacienne gérante de la polyclinique, Docteur en pharmacie, siège à la CME de l'établissement. Nommée RSMQPCEM, elle fait partie du COPIL-QGDR ; elle organise avec le médecin référent de la gestion des risques associés aux soins le traitement des fiches d'évènements indésirables. En externe, la continuité du traitement médicamenteux et le lien ville-hôpital sont organisés.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La pharmacienne de la polyclinique de Navarre et le cadre d'urologie managent les actions issues du programme d'actions. En parallèle, les cadres des différents services participent à leur mise en œuvre. Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle: rangement des médicaments à risques, surveillance des morphiniques, conformité du chariot d'urgence. Les équipes soignantes sont informées des objectifs lors des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires. La pharmacienne participe aux réunions institutionnelles et sensibilise les médecins prescripteurs sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse à l'occasion des réunions de la CME. Des actions de sensibilisation aux risques d'erreurs médicamenteuses sont menées pour les professionnels nouvellement recrutés et très récemment a concerné 14 professionnels titulaires sur les règles de bonne pratique d'administration lors du e-learning organisé pendant la semaine sécurité patient. Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé dans le cadre du dispositif mis en place par l'établissement. Il est encouragé par une charte de non sanction. L'analyse des erreurs médicamenteuses est organisée en Comité de Retour d'Expérience (CREX) conformément aux dispositions réglementaires. Une EPP a été réalisée en janvier 2018. Elle concerne le bon usage des antibiotiques en procédant à une deuxième réévaluation de l'antibiothérapie à la 48<sup>ème</sup> heure en référence à un premier audit d'octobre 2011. Les activités sont évaluées périodiquement et les professionnels sont informés sur leurs résultats notamment lors des audits trimestriels « de la qualité de la détention des médicaments et des dispositifs médicaux stériles au niveau de l'armoire à pharmacie, du réfrigérateur et du chariot d'urgence ». Des actions correctives sont identifiées au regard des résultats et récemment sur l'identification des médicaments à risque.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans tous les secteurs. Les effectifs de la PUI sont conformes au niveau d'activité des services. La permanence pharmaceutique est assurée, en dehors des heures ouvrables de la PUI, la nuit et le week-end par la dotation d'urgence situé à l'USIN ; l'utilisation de celle-ci est protocolisée et sa traçabilité assurée. Les deux médecins anesthésiste-réanimateur (MAR) référents antibiotiques assurent la formation des médecins et leur prodiguent les conseils sur l'antibiothérapie. La documentation est connue, actualisée et accessible dans les secteurs d'activité dans la GED. Les professionnels ont accès à des outils d'aide à la prescription et à l'administration: livret thérapeutique actualisé, dictionnaire Vidal, alerte informatique de réévaluation de l'antibiothérapie à la 48<sup>ème</sup> heure (bloquante sur le nouveau DPI présent dans le service de

neurochirurgie). Des fiches d'information pour les patients et leur entourage sont disponibles: gestion du traitement personnel du patient, « les médicaments et vous »... Les ressources matérielles sont adaptées, fonctionnelles et entretenues. La PUI comprend une zone de livraison, un local de stockage des gros volumes, un local des médicaments et des dispositifs médicaux, un bureau. Les moyens de sécurisation sont en place ; la pharmacie est uniquement accessible par le pharmacien gérant, elle est fermée à clef et sécurisée par des caméras de vidéo surveillance. Les unités de soins sont fermées par digicode. Les équipements et matériels sont disponibles, fonctionnels et entretenus. Les postes informatiques sont présents en nombre suffisant. Une procédure de sauvegarde en cas de panne informatique est formalisée et connue des professionnels. Les produits pharmaceutiques thermosensibles sont stockés dans les réfrigérateurs de la PUI et des services exclusivement réservés au stockage des produits pharmaceutiques ; leur température est suivie et contrôlée, le dégivrage, l'entretien régulièrement effectué et tracé. Les armoires à pharmacie sont adaptées fermées à clef avec un système de rangement par tiroir. Chaque compartiment du tiroir contient un seul médicament, un seul dosage et un étiquetage clairement identifié. L'entretien, le nettoyage sont protocolisés. Les médicaments conditionnés en blister sont reconditionnés en dose unitaire avec un sur- étiquetage sécurisée par informatique permettant l'identification du médicament selon les normes réglementaires et la délivrance nominative. Les médicaments à risques, identifiés sur une liste diffusée, validée par la CME et actualisée, et dont la gestion est protocolisée disposent d'un étiquetage (étiquette rouge) et d'un rangement dédié. Les stupéfiants sont détenus dans des coffres à toxique sécurisés à la PUI et dans chaque service de soins; ceux-ci disposent d'une dotation définie avec le service et la PUI; une procédure de réassort de la dotation est formalisée et appliquée. Au bloc opératoire, chaque médecin anesthésiste réanimateur dispose d'une dotation personnelle, détenu dans une valisette sécurisée avec les mêmes règles de dispensation. Le chariot d'urgence vitale est scellé avec un contrôle hebdomadaire tracé. Les bouteilles de gaz sont stockés verticalement avec une fixation sécurisée.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Celles-ci ont pu être vérifiées lors des patients traceurs. Les règles et support de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs, médecins ou sages-femmes. Le dossier patient informatisé présent dans tous les services, est sécurisé par un code personnel et un mot de passe. La prescription médicale est totalement informatisée à l'exception des prescriptions du nouveau-né en maternité qui sont réalisées sur son dossier médical créé à la naissance. Le traitement personnel de patients est également prescrit dans le DPI. La validation pharmaceutique a priori de l'ensemble des prescriptions, y compris le traitement personnel est réalisée par le pharmacien. La dispensation est semi-nominative reglobalisée pour les traitements prescrits à la polyclinique sauf pour les traitements personnels et les toxiques ou elle est nominative. Les règles d'administration des médicaments sont respectées et répondent aux bonnes pratiques: vérification de l'identité, identification du pilulier par l'IDE ou la sage-femme , administration avec traçabilité en temps réel. Les médicaments restent identifiables selon réglementation grâce l'absence de blisters découpés et au sur-étiquetage pour les médicaments rendus non identifiables lors du déconditionnement. La gestion de la non administration tracée, l'aide à l'administration pour les patients le nécessitant est réalisé et tracé. Le traitement personnel du malade est séquestré dans une poche identifiée et rangé dans des bacs fermés; la prescription de ce traitement personnel est réalisée par les praticiens dans le dossier informatisé. Les médicaments personnels sont restitués au patient lors de sa sortie. Le suivi du traitement est effectif: surveillance des effets secondaires, réévaluation de l'antibiothérapie à la 48ième heure. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée par les médecins, les sages-femmes, les IDE et elle est tracée dans le DPI. L'édition papier des ordonnances du patient permet d'assurer la continuité du traitement médicamenteux lors du transfert ou de la sortie du patient. La visite terrain de la PUI et des unités de soins confirme que les circuits établis sont respectés et mises en œuvre. Les services disposent d'une dotation fonction de leur activité. Les commandes sont établis par l'IDE ou la sage-femme une à deux fois par semaine. Une procédure pour médicaments hors stock est formalisée et connue des professionnels. Le réapprovisionnement des services est assurée par les préparateurs dans des caisses scellées et identifiées au nom du service puis disposés dans des armoires et acheminés vers les services. Les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage de médicaments sont respectés, en terme d'hygiène, de respect de la chaîne du froid, de sécurisation: armoires de rangement sécurisées et vérifiées, système de rangement adapté, stupéfiants sécurisés, médicaments à risques clairement identifiés, relevé des températures des réfrigérateurs, chariot d'urgence vérifié, contrôle à la réception, retour à la PUI et retrait des médicaments. Les interfaces sont opérationnelles entre les secteurs cliniques, médico-techniques, techniques et logistiques, administratifs. Les instances sont opérationnelles. Les vigilances sanitaires obligatoires (pharmacovigilance, hémovigilance, matériovigilance) sont coordonnées avec des référents identifiés, leur mise en œuvre est opérationnelle et connue par les professionnels. Les actions sont tracées. A la PUI, il existe une liste des prescripteurs habilités ; le recueil des signatures est en place. Les commandes, achats et livraisons, rappels de lots sont tracés. L'analyse pharmaceutique est tracée dans le dossier informatisé du patient. Dans les secteurs de soins sont tracés les commandes, la réception des médicaments, la prescription, l'administration et la non administration, la vérification des péremptions, la surveillance de la chaîne du froid, le nettoyage des équipements. Les réunions de CREX font l'objet d'un compte-rendu.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La polyclinique assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du fonctionnement de la prise en charge médicamenteuse sur la base d'outils identifiés. L'établissement suit les nombreux indicateurs en lien avec la contractualisation du CBUM lors de chaque rapports d'étape: indicateurs IQSS, audit du circuit du médicament, consommations et coût des médicaments et des DMI, pertinence des prescriptions hors GHS et des indications d'implantation des DMI, nombre de signalement d'évènements indésirables... L'établissement suit par ailleurs de indicateurs internes quantitatifs et qualitatifs: indicateurs de consommation des antibiotiques (en relation avec la pharmacienne hygiéniste), indicateurs de conformité de l'ordonnance, indicateurs de rupture de stock, délais de livraison... Ils sont issues également des audits internes (réévaluation de l'antibiothérapie à la 48ième heure, évaluation trimestrielle de la qualité de la détention des médicaments et des DMS au niveau de l'armoire à pharmacie, du réfrigérateur et du chariot d'urgence par service). Les résultats des évaluations sont synthétisés dans un tableau de bord de suivi. L'évolution de ces indicateurs est suivie en CME et en COPIL-QGDR. Ils sont exploités pour identifier des mesures correctives. Les analyses des résultats d'évaluations et des indicateurs internes et nationaux notamment ceux liés au CBUMPP donnent lieu à la définition de plans d'actions suivie par le COMEDIMS et le COPIL-QGDR. Des actions correctives sont déclenchées; on peut citer la réorganisation de la gestion du traitement personnel suite à une déclaration de FEI.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel en cohérence avec les orientations et les analyses de risques identifiés dans le compte qualité. Des ajustements de la politique et des objectifs sont mis en œuvre en fonction des résultats des évaluations notamment pour répondre au rapport d'étape du CBUMPP et à la mise en place du Contrat d'Amélioration de la Qualité et de l'Efficiency des Soins (CAQES). Les résultats des évaluations sont communiqués aux médecins lors des réunions de CME et aux professionnels lors des staffs de service hebdomadaires. Les IQSS sont affichés à l'accueil de la clinique.

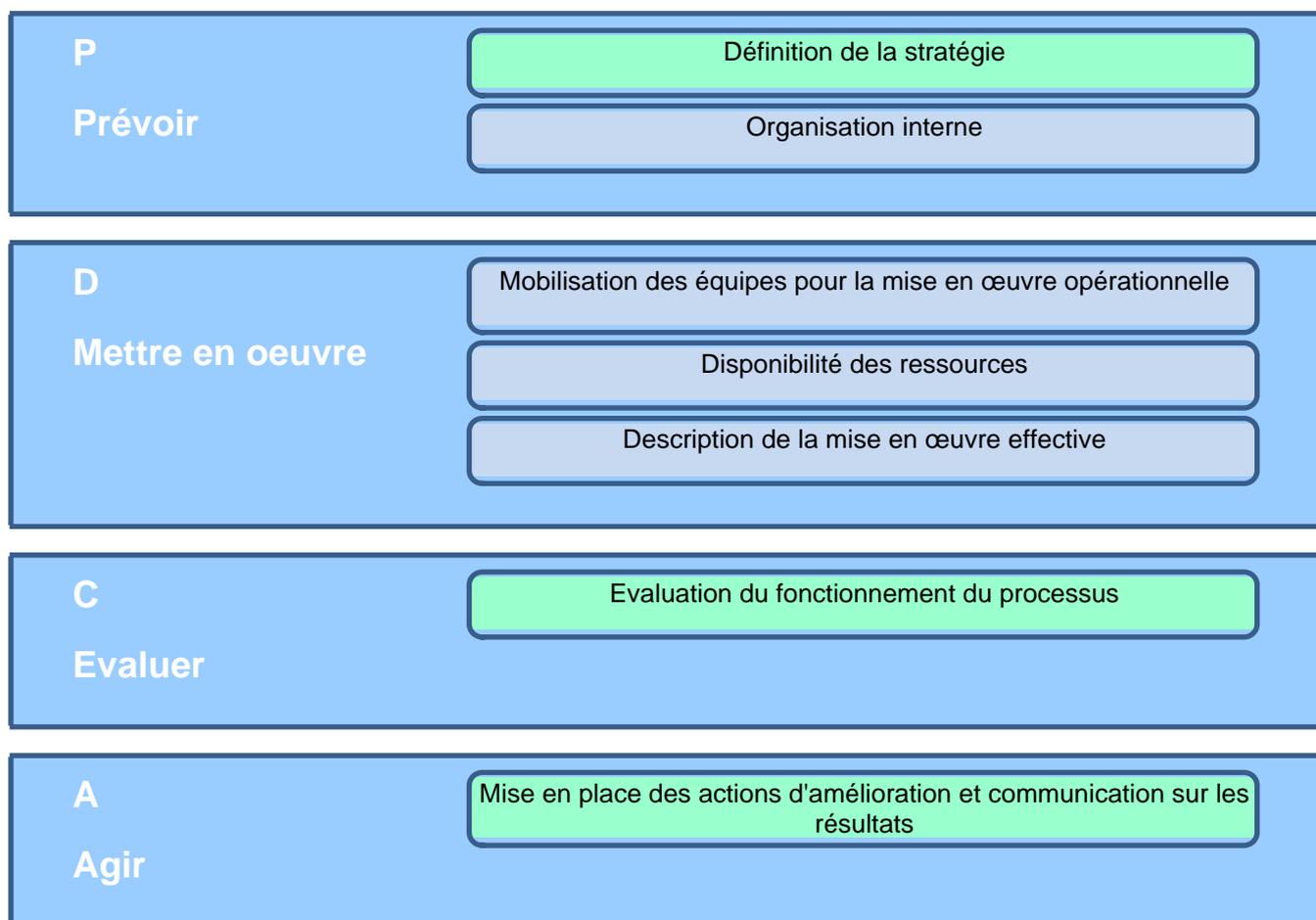
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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 bloc opératoire de la polyclinique de Navarre est situé au premier étage de l'établissement.

Il comporte 13 salles :

- 11 salles d'opération dont 2 sont dédiées à la neurochirurgie,
- 2 salles d'endoscopie et une salle pour l'Aide Médicale à la Procréation (AMP).

Il est subdivisé en deux zones opératoires avec une Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) centrale de 19 postes. Le bloc est en lien direct avec la salle opératoire du bloc obstétrical dédiée aux césariennes en urgence et, pour la salle 12, avec le laboratoire de Fécondation In Vitro. L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA), contiguë au bloc, dispose de 40 places divisées en deux secteurs géographiques. Tous les secteurs ont été vus pendant la visite.

L'analyse des risques et l'identification des besoins répondent aux objectifs stratégiques de restructuration de l'offre de santé définis dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2012-2016 intégré au sein du Projet Régional de Santé (SROS-PRS). Pour le bloc opératoire et l'UCA, ces objectifs sont déclinés dans le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens signé avec l'ARS et décrit dans le projet d'établissement. Le groupe détenant les deux cliniques a, par conséquent, acté un regroupement de la chirurgie ambulatoire et un plateau technique unique sur la polyclinique de Navarre. Les travaux d'extension du bloc opératoire et de l'UCA sont en cours. Ce projet architectural sera accompagné d'une redéfinition des parcours de soins en UCA. L'établissement a identifié, analysé, hiérarchisé et priorisé ses risques au niveau du bloc opératoire, de la SSPI et de l'UCA selon la méthodologie institutionnelle. Les risques sont hiérarchisés et priorisés avec les professionnels concernés. Ils sont validés par le COPIL-QGDR. Les risques identifiés sont le support de formalisation d'un programme d'action formalisé et intégré au programme global institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (PAQSS). Les risques prioritaires sont formalisés dans une « fiche risque » qui constitue la « maquette » du Compte Qualité de l'établissement. Cinq risques sont intégrés dans le Compte Qualité. Ce programme est présenté et validé par les instances: Direction, CME, COPIL QGDR. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies. Les objectifs, les actions à mettre en œuvre, les responsables, et les indicateurs de suivi sont définis. Les pilotes de processus sont en charge du suivi de l'avancement des plans d'actions issus du compte qualité. Le compte qualité est accessible à l'ensemble des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire informatisé (GED). Il organise la diffusion de la culture qualité et sécurité au bloc opératoire.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage institutionnel du bloc opératoire, de l'UCA et de l'endoscopie est commun et assuré par un Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR) et le cadre IBODE du bloc opératoire. Ce pilotage est structuré autour d'un Conseil de Bloc commun, instance décisionnelle se réunissant à la diligence de ses membres et au minimum trois fois par an. La composition du Conseil de Bloc est pluri-professionnelle, représentative de l'ensemble des activités interventionnelles ; il dispose d'un règlement intérieur. Chaque année, le conseil de bloc établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME et à la Direction. Il est formalisé dans une charte de bloc opératoire et du secteur endoscopique, mise à jour en décembre 2016, validée par le Conseil de bloc, la direction et la CME, qui consigne les missions, les règles de fonctionnement du bloc opératoire et de l'UCA, les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires, les responsabilités et le rôle du chef de bloc. Elle est complétée par une charte de fonctionnement de la structure ambulatoire transmise à l'ARS conformément à la réglementation et une charte de coordination des soins de neurochirurgie. Ces documents sont intégrés dans la gestion documentaire de l'établissement et accessible par tous les professionnels. Les rôles, responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes enregistrées dans la gestion documentaire informatisée. Le cadre du bloc opératoire, pilote du processus, régule les activités, assure la gestion journalière du bloc opératoire, la coordination et le respect des règles de la charte. Au niveau de l'UCA, un MAR et un chirurgien orthopédiste sont les coordonnateurs médicaux. Tous les deux siègent au Conseil de bloc. Au regard de ses mission et des risques identifiés l'établissement est organisé pour mettre à disposition en temps utile toutes les ressources, humaines, matérielles et documentaires nécessaires. Les besoins en ressources humaines en terme d'effectifs et de compétences répondent à la réglementation et sont organisés pour répondre aux besoins et à l'activité du bloc opératoire et de l'UCA. Les effectifs médicaux et paramédicaux, libéraux ou salariés, permettent de faire face à l'activité réglée ou en urgence. L'activité d'anesthésie est organisée par 16 MAR libéraux divisés en deux équipes: 5 MAR assure exclusivement l'activité d'obstétrique et de chirurgie esthétique ; 11 MAR associés à 3 IADE salariés de ces praticiens libéraux assurent les actes d'anesthésie des autres spécialités chirurgicales. La surveillance en SSPI est organisée par des IDE. Une Personne Compétente en Radioprotection (PCR) formée est identifiée. Les gardes et astreintes des professionnels médicaux et soignants sont organisées selon la réglementation pour assurer la permanence des soins. Les formations sont identifiées pour chaque agent lors des entretiens professionnels annuels. Les actions de formation sont planifiées et

intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Le recrutement est organisé. Un plan d'intégration et de formation des nouveaux arrivants est organisé. L'établissement recourt parfois à l'intérim pour suppléer aux absences imprévues; il est organisé par l'emploi de professionnels intérimaires fidélisés connaissant la structure et formés. Les besoins en procédure sont identifiés, élaborés avec les professionnels, formalisés, issues de documents de référence validés, actualisés et intégrés à la GED. L'information des patients est organisée. Les locaux du bloc opératoire, de la SPPI, de l'UCA et de la stérilisation sont identifiés et conformes à la réglementation. Les zones du bloc, les règles de circulation et d'habillage sont définies. L'hygiène des locaux est organisée, ainsi que la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux. La radioprotection est organisée pour répondre à la réglementation et aux préconisations de l'Agence de Sûreté Nucléaire. La gestion des travaux est planifiée en lien avec l'EOH. Un responsable logistique et technique assure la maintenance préventive et curative des infrastructures et la supervision des travaux en lien avec l'EOH. Les ressources matérielles sont disponibles. Un plan d'équipement annuel identifie les besoins en matière d'achats et d'approvisionnements. Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux. Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative est programmé; un ingénieur biomédical et un technicien biomédical, salariés du groupe, organise la gestion des pannes et dysfonctionnement. Les besoins en système d'information au bloc opératoire sont identifiés. La planification et la programmation des interventions sont réalisées sur un logiciel dédié, intégré au système d'information de la clinique et partagé, permettant l'accès aux informations en temps réel pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient, salariés de la clinique et praticiens libéraux. Les prescriptions médicamenteuses au bloc opératoire, en SSPI, en UCA sont organisées dans le dossier patient informatisé (DPI) de l'établissement. La déclaration des Événements indésirables est organisée dans le logiciel institutionnel. Les règles d'accès au dossier papier du patient sont organisés et formalisés. Les interfaces sont identifiées et organisées. Avec les secteurs cliniques à l'aide de fiches de liaison en format papier. Avec les secteurs médico-techniques. L'organisation de la stérilisation, située au sein du bloc au même étage, est sous l'autorité du pharmacien gérant de la PUI. Le circuit de traitement de examens biologiques et anatomo-pathologique est formalisé. La gestion des approvisionnements des médicaments, des dispositifs médicaux, les modalités d'acheminements, les conditions de stockage, la gestion des péremptions, sont organisés avec la pharmacie. Les interfaces avec les secteurs logistiques sont formalisées. Une équipe de brancardiers salariée, extérieur au bloc opératoire organise le transport des patients sous l'autorité d'un brancardier coordonnateur. Des ASH salariés organisent l'hygiène et le bionettoyage des locaux du bloc. La gestion du linge et des déchets est organisée avec des prestataires externes. Les prélèvements environnementaux sont planifiés. Les interfaces sont organisées avec la direction, le COPIL-QGDR, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, notamment pour la gestion des événements indésirables, le réseau des vigilants. En externe, le bloc a défini ses interfaces avec les secrétariats des cabinets médicaux des praticiens et avec l'EFS pour ses besoins transfusionnels.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le cadre du bloc et de l'UCA suivent l'avancement des plans d'actions et participent à leur mise en œuvre. Ils communiquent auprès de leurs équipes sur la stratégie de l'établissement lors des staffs de service hebdomadaire et lors des conseils de bloc. Ils sensibilisent les professionnels sur les objectifs attribués. Les risques en lien avec la cartographie des risques et ceux du Compte Qualité sont suivis. Le recueil et l'analyse des fiches d'événements indésirables sont favorisés par une charte de non punition. La déclaration est faite sur le logiciel institutionnel avec un retour au déclarant. Les retours d'expérience sont réalisés. Ils sont communiqués en réunion de service et en conseil de bloc. Les activités sont évaluées périodiquement et la responsable des plateaux techniques s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues. Des audits sont réalisés. Des EPP sont en place, soit poursuivis, soit initiés en 2017 et ne figurant pas encore dans le tableau de bord des EPP. Des RMM sont réalisées et sont parfois communes aux deux cliniques du groupe. Les RCP sont effectives en chirurgie bariatrique et en cancérologie. Des actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels au fil de l'eau ; par exemple, en UCA, la mise en place d'une fiche de pré-admission et la systématisation de l'appel de la veille suite à un audit de FEI montrant un taux d'annulation d'intervention important le jour de l'entrée.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documents sont disponibles au bloc opératoire et en UCA. Les compétences et effectifs répondent aux besoins pour assurer l'activité et la permanence des soins en cas d'urgence, la nuit, les week-end et jours fériés. Un planning permet l'affectation des personnels et une liste de garde est diffusée et affichée dans les unités de soins. Le tableau informatisé des vacances opératoires permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine. Les vacances des praticiens sont fixes avec une réaffectation des vacances laissées libres. Les créneaux opératoires sont revus périodiquement et sont validés par le conseil de bloc. L'activité d'anesthésie-réanimation est exercée par les deux équipes distinctes de médecins anesthésistes libéraux et IADE salariés de ceux-ci.

La sécurité anesthésique est assurée un MAR de garde sur place et un MAR d'astreinte. La SSPI est surveillée par un effectif d'IDE salariés de la clinique conforme aux normes réglementaires. La formation continue est réalisée conformément au plan de formation prévisionnel : formation initiale ou recyclage aux gestes d'urgence (AFGSU), formation en prévention des risques physiques (PRAP), prise en charge des patients en SSPI, formations diplômantes d'IBODE par la procédure de Validation des Acquis d'Expérience. Les nouveaux arrivants sont formés grâce à un tutorat et vérification des acquis pendant la formation. Les protocoles actualisés et validés issus des documents de référence sont disponibles dans la GED accessible avec un identifiant sur tous les postes informatiques de l'établissement. Les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient: dossier patient informatisé, dossier d'anesthésie, programme opératoire informatisé et affiché dans le bloc opératoire. Les salles d'opérations sont adaptées, toutes en surpression ISO 4 et 5, contrôlées et entretenues. Les circuits sont respectés. Le nombre de postes ouverts en SSPI répond aux besoins: 19 postes sont ouverts avec une séparation géographique des postes de pédiatrie. La surveillance environnementale est effective et tracée. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux sont appliqués. L'hygiène du matériel réutilisable opérationnelle. La radioprotection est effective: zonage, signalisation lumineuse, optimisation des doses et prise en compte des normes préconisées dans le rapport d'inspection de l'ASN pour les travaux d'extension en cours. Le matériel et les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les dispositifs médicaux stériles et implantables sont référencés ; la vérification de leurs disponibilités est réalisée lors de la planification du programme opératoire ainsi que la réservation et les commandes des ancillaires et de dispositifs spécifiques. Les équipements en panne sont remplacés. Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est réalisé avec le technicien biomédical et tracé. Les postes informatiques sont accessibles et disposent de droit d'accès en fonction des professions.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établies pour le fonctionnement et la prise en charge du patient au bloc opératoire. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité et en adéquation avec le planning opératoire. La maîtrise du risque infectieux est effective: entrée du bloc sécurisée, sas de transfert du bloc, zones de bloc identifiées et prises en compte, marche en avant respectée, surpression des salles maintenues. La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance avec qualification des salles et surveillance de la pression dans les salles opératoires. La surveillance de la température des réfrigérateurs est assurée et tracée. Les règles de sécurité sont appliquées: chariots d'urgence scellés, kit de traitement de l'hyperthermie maligne, chariots d'anesthésie pédiatrique, matériel d'intubation difficile. La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies. L'accueil au bloc opératoire est réalisé par le brancardier coordonnateur qui dispose de la liste des patients à opérer comportant l'identité des patients et leurs parcours ; il applique les règles d'identitovigilance à l'entrée du bloc. Le brancardage est réalisé conformément aux procédures. Les activités du bloc opératoire sont régulées garantissant le respect de la programmation et la sécurité du patient. Les praticiens saisissent les demandes d'intervention dans le logiciel de programmation du bloc. Une cellule de programmation du bloc opératoire, pluridisciplinaire, établit le planning d'occupation des salles et planifie les interventions de la semaine dans le logiciel du bloc. Les modifications de programme en cours de semaine entraînent une nouvelle planification. Le programme définitif est validé en Commission du bloc opératoire tous les jeudi après-midi. Une cellule de régulation, constituée d'un MAR de chaque équipe et du cadre IBODE, gère l'affectation des moyens humains et insère la demande d'un patient supplémentaire ou d'un acte non programmé. Le programme définitif est validé quotidiennement avant 15 heures ; il est imprimé et diffusé dans toutes les unités de soins et aux différentes interfaces. Les urgences sont intercalées et prises en charge en fonction de leur gravité et en priorité dans le cas où le pronostic vital est en jeu. Les circuits sont respectés et les interfaces entre bloc opératoire et secteurs cliniques et médico-techniques sont réalisés à l'aide de divers documents intégrés au dossier du patient: fiche de liaison service/ bloc opératoire et fiche de liaison service/bloc opératoire/service, feuille d'écologie. Le risque ATNC est pris en compte et tracé sur une feuille tripliquée dont un feuillet est transmis à la stérilisation. L'IBODE assure tout le long de l'intervention la traçabilité du matériel stérile et des Dispositifs Médicaux utilisés en collant sur une fiche l'étiquette de l'implant ou de la prothèse. En UCA, l'appel de la veille et du lendemain est réalisé et tracé dans le dossier patient. Le circuit des prélèvements de biologie et d'anatomopathologie est respecté. Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre en collaboration avec la médecine du travail: accidents d'exposition au sang, radioprotection. La gestion des risques est effective. La traçabilité des actions et des activités est assurée. La traçabilité des vérifications quotidiennes. Le consentement éclairé du patient et l'autorisation d'opérer pour les mineurs sont recueillis sur un document papier intégré au dossier papier du patient. La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » et « sécurité du patient en endoscopie » sont renseignées en respectant les trois temps de concertation pluridisciplinaire, tracées et signées par le coordonnateur de la check-list sur un document papier intégré au dossier papier du patient. Dans le dossier du patient figurent, la prise en charge anesthésique et chirurgicale per-opératoire, le compte rendu opératoire et en cas d'utilisation de l'amplificateur de brillance le rapport de doses. Les prescriptions post-opératoires sont réalisées dans le dossier informatisé. La sortie de SSPI validée par un médecin anesthésiste est horodatée et tracée dans le dossier patient informatisé. La sortie de l'UCA est validée par un médecin et les informations tracées dans

le dossier. Les contrôles planifiés de l'air, des surfaces et de l'eau sont communiqués au cadre de bloc et archivés. Les comptes-rendus d'intervention et de maintenance des dispositifs médicaux sont tracés par le technicien biomédical dans la GMAO. Les instances sont opérationnelles avec présence d'un ordre du jour, traçabilité des feuilles de présence, édition et diffusion de comptes-rendus.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le bloc opératoire met en œuvre un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateur quantitatifs et qualitatifs. Il recueille les indicateurs obligatoires nationaux IQSS, les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales ICALISO, les indicateurs Hôpital Numérique. L'établissement fournit à l'ARS les indicateurs de l'activité ambulatoire prévus à l'annexe 4 du CPOM. Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement, d'indicateurs de performance du bloc et de l'UCA, d'indicateurs de ressources humaines en UCA. Des indicateurs quantitatifs proviennent d'audits internes et des EPP réalisées. Au bloc opératoire, le nombre total de FEI est comptabilisé et comparé par années ; le cadre du bloc totalise les FEI par niveau de gravité et également par processus. En UCA, la qualité de la prise en charge est évaluée lors de l'appel du lendemain. Toutefois, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas évaluée annuellement. L'efficacité des actions mises en œuvre n'est pas évaluée. Le PAQSS ne permet pas réaliser de bilan des actions mises en œuvre, de mesurer l'efficacité des actions, et/ou d'analyser permettant d'identifier les points à risque. En effet, ce PAQSS ne comporte pas toutes les actions correctives. Les actions correctives décidées en UCA suite à l'audit concernant les annulations ou les reports d'intervention ne sont pas intégrés dans celui-ci. De même, pour l'EPP en cours dont les plans d'actions n'y figurent pas. Les bilans qualité et gestion des risques de l'établissement sont une synthèse de données quantitatives de la gestion des risques de l'établissement : nombre de FEI total, par processus et par gravité, nombre de réunions des instances, nombre d'EPP, de RMM, de CREX. Les rapports consultés des différents comités, ainsi qu'il est indiqué en préambule de ces bilans, de la CME, du Conseil de bloc et de la Commission EPP n'apportent pas de précisions complémentaires. Des actions correctives sont mises en œuvre en lien avec les résultats des évaluations. Parmi les dernières actions, la réactivation de la commission du bloc opératoire, risque prioritaire du compte qualité, la modification des cahiers d'ouverture de salle, la création de la fiche de pré-admission en UCA. Enfin, en cours de validation, l'adaptation de la check-list pour les césariennes réglées au bloc opératoire.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans un plan d'action. Cependant, ces actions d'amélioration ne sont pas intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. En effet, le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne fait pas l'objet d'un suivi structuré. Le programme n'est pas réajusté en fonction des actions d'amélioration identifiées suite aux évaluations. La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels grâce au dispositif institutionnel.

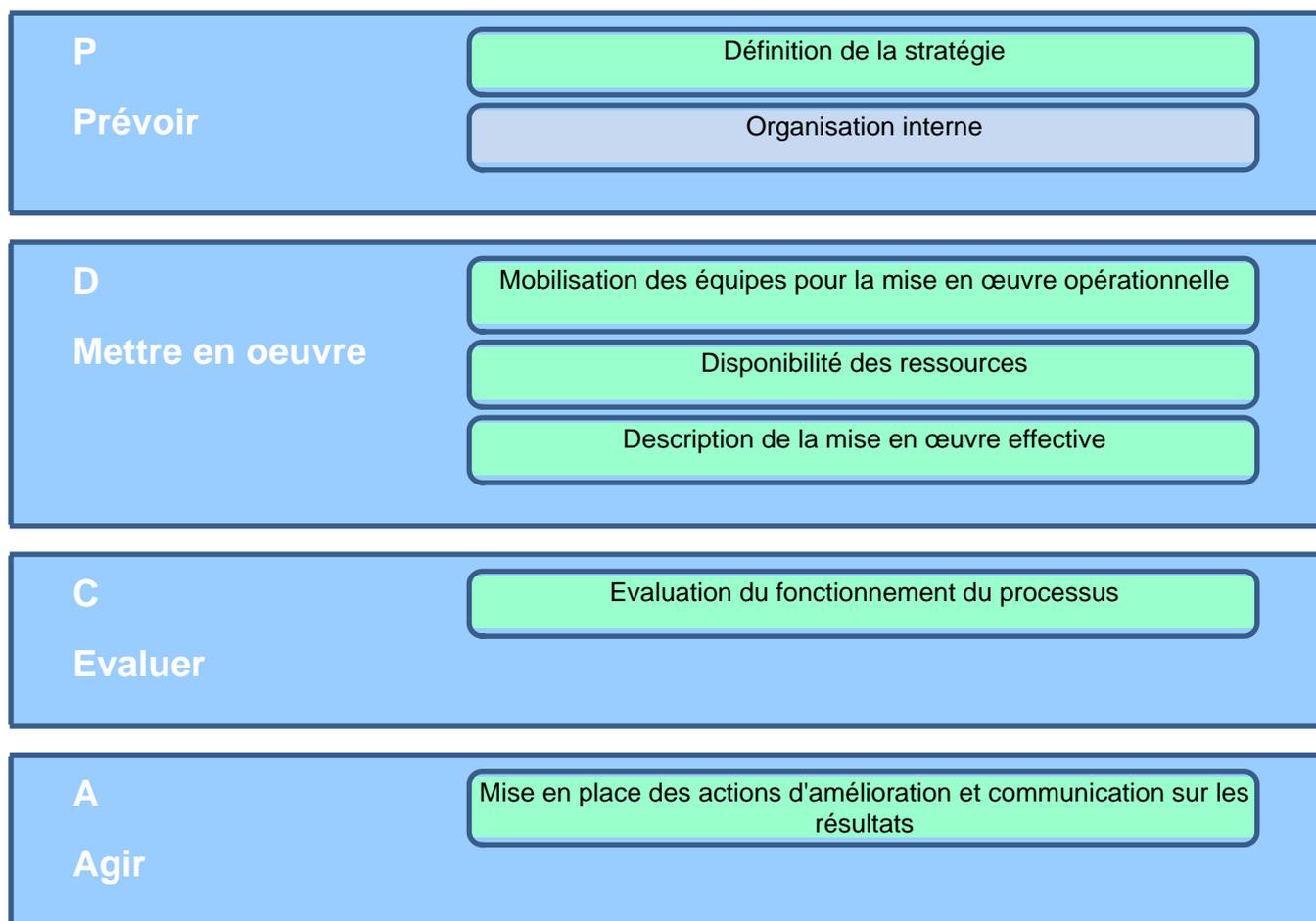
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Deux spécialités réalisent des endoscopies à la polyclinique de Navarre : la gastro-entérologie et l'urologie. Les actes d'endoscopie digestives et urologiques sont réalisés selon trois modes de prise en charge : en hospitalisation conventionnelle, en ambulatoire et en externe pour ce qui concerne les cystoscopies et les gastroscopies. L'ensemble de ces examens se déroulent dans les deux salles dédiées dans l'enceinte du bloc opératoire contiguë à une salle de désinfection centralisée conformément aux dispositions de l'instruction du 4 juillet 2016 relative au traitement des endoscopes souples.

L'endoscopie s'inscrit dans le projet d'établissement à travers l'axe de développement de la prise en charge ambulatoire. L'établissement a identifié ses besoins spécifiques pour cette prise en charge et l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques ont été réalisés selon la méthodologie employée pour les autres processus. Les axes sont identifiés suite à une analyse des résultats de la visite de certification V2010, des indicateurs recueillis, des événements indésirables, des questionnaires de satisfaction des patients. Ils sont validés en COPIL-QGDR et par la CME. Une carte d'identité du processus est élaborée, qui définit le champ des activités concernées intègre également les exigences réglementaires. Une cartographie des risques a été établie en 2017 par un groupe de travail. Les risques ont été hiérarchisés et priorisés avec les professionnels concernés et validés par le COPIL-QGDR. Les objectifs du PAQSS du secteur intègrent les risques identifiés ; il contient essentiellement les actions issues de la cartographie des risques de ce processus. Les modalités de mise en œuvre sont formalisées sur des fiches de suivi des actions. Les risques prioritaires sont formalisés dans une « fiche risque » qui constitue la « maquette » du Compte Qualité de l'établissement. Le Compte Qualité reprend les cinq principaux risques identifiés lors de la réalisation de la cartographie. La communication de la stratégie est faite auprès des instances: CODIR, CME, COPIL QGDR.

**ORGANISATION INTERNE**

Un pilote institutionnel a été nommé pour ce processus. L'ingénieur biomédical pilote le processus, et travaille en partenariat avec le cadre du bloc qui est responsable de la gestion des ressources humaines du secteur ainsi que de la programmation des examens et du pharmacien hygiéniste qui assure le suivi des prélèvements et la conformité des procédures. Le secteur d'endoscopie étant situé dans le plateau technique du bloc opératoire, ce pilotage est structuré autour du Conseil de Bloc commun et formalisé dans la charte de bloc opératoire et du secteur endoscopique, mise à jour en décembre 2016, validée par le Conseil de bloc, la direction et la CME. Le management est impliqué à travers le CODIR et le COPIL QGDR. Les rôles et responsabilités sont définies. Les fiches de poste et de missions sont établies. Un manuel assurance qualité a été formalisé en 2017. Il définit le personnel d'encadrement et opérationnel ainsi que la responsabilité des maintenances et des actions de surveillance. C'est le chef de bloc qui est responsable de la programmation des examens et qui est garant de la régulation du programme. L'établissement s'organise pour mettre à disposition en temps utile toutes les ressources nécessaires humaines, matérielles et documentaires. L'encadrement est identifié. Les ressources humaines correspondent aux besoins des objectifs fixés. Les compétences métiers nécessaires sont associées. Deux IDE sont référentes du secteur d'endoscopie. Des Aides-Soignantes diplômés assurent le nettoyage et la désinfection des endoscopes en salle de désinfection. La permanence des soins est organisée. La formation continue est organisée et inscrite au plan de formation de l'établissement. Un tutorat organise l'accompagnement des nouveaux embauchés. Le dispositif de ressources documentaires est organisé. La gestion électronique des documents est en place et disponible pour les professionnels et les principaux documents d'application sont également disponibles sous format papier. L'activité s'organise dans des locaux situés dans l'enceinte du bloc sur deux salles opératoires avec entre les deux la salle de décontamination. La SSPI est partagée avec l'ensemble du bloc. Les équipements et la maintenance sont adaptés aux besoins. Les besoins en endoscopes, matériels d'instrumentations endoscopiques et consommables sont identifiés et adaptés au besoin des utilisateurs. Les opérations de nettoyage et de désinfection des endoscopes, les contrôles microbiologiques répondent à des procédures. Le stockage des endoscopes est prévu. Un plan d'équipement annuel est programmé en concertation avec les acteurs concernés, les investissements sont priorisés et les décisions prises en commission investissement. Les maintenances préventives et curatives des matériels sont contractualisées. Leur coordination est réalisée par l'ingénieur biomédical. Les besoins en système d'information sont identifiés et intégrés au système d'information de la clinique. Le dossier patient informatisé organise l'accès en temps réel aux données du patient pour l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge. La planification et la programmation des actes d'endoscopie sont organisées dans le logiciel dédié du bloc opératoire. Les interfaces entre secteurs sont organisées de façon à ce que les circuits de prise en charge soient opérationnels notamment en terme de circulation de l'information et de flux des patients. Des fiches de liaison organisent les interfaces avec les secteurs cliniques. Les interfaces avec les secteurs médico-techniques sont formalisées. Le circuit de traitement des examens anatomo-pathologique est organisé et

formalisé (stockage, traçabilité des prélèvements). La gestion des approvisionnements des médicaments et des dispositifs médicaux organisée avec la pharmacie.

## D / METTRE EN ŒUVRE

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

Le professionnels sont impliqués. Il font partie de l'équipe du bloc opératoire. Les IDE référentes du secteur travaillent conjointement avec le cadre du bloc central. Les pratiques professionnelles s'appuient sur des procédures faisant références à la réglementation et aux bonnes pratiques du secteur. Le personnel est sensibilisé au respect des bonnes pratiques notamment le traitement des endoscopes et les mesures de protection. La pharmacienne hygiéniste est impliquée dans la maîtrise du risque infectieux lié à la prise en charge du patient et au traitement des matériels ; un plan d'action a été défini à partir des risques identifiés et des projets du service. Les actions d'amélioration sont déterminées en concertation et suivies par le pilote. Une EPP sur le nettoyage et la désinfection des endoscopes est en place. Néanmoins, le recueil et l'analyse des événements indésirables avec retour d'expérience ne permet pas la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Il n'y a pas d'événement indésirable (EI) déclaré sur ce processus malgré les actions d'information menées par l'encadrement. De plus, le bilan qualité et gestion des risques de l'établissement montre un seul EI déclaré en 2016 et aucun en 2017. Le retour d'expérience n'est pas organisé; cet axe d'amélioration avait été déjà identifié lors de la précédente visite de certification.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentations sont disponibles. Les ressources humaines sont conformes à la réglementation en compétences et les effectifs sont adaptés à l'activité. Les IDE dédiées à l'endoscopie assure l'exécution des actes programmés et en urgence. Cependant, le plan de formation n'est pas mis en œuvre. Les formations internes des nouveaux personnels réalisées selon le mode du tutorat n'ont pas fait l'objet de traçabilité. Les dernières formations ayant fait l'objet d'une attestation concernant deux professionnels date de 2005. La documentation, accessible sur le dispositif de gestion documentaire informatisé et en format papier, est connue des personnels. Les professionnels disposent des informations nécessaires à la prise en charge du patient. Le dossier patient, le programme d'endoscopie sont actualisés et à disposition des professionnels. Les locaux, matériels et équipements sont conformes. Les locaux sont adaptés, ventilés, entretenus et permettent un bio-nettoyage adapté. Les équipements et matériels sont mis à disposition: endoscopes, matériels d'instrumentations endoscopiques. Le traitement des endoscopes est réalisé manuellement à l'acide peracétique avec une paillasse semi automatique, un traitement d'air spécifique assure la ventilation du lieu. Le matériel de protection des professionnels est disponible et utilisé. Le stockage des endoscopes est réalisé dans des armoires traversantes entre la zone de décontamination et les salles d'intervention. La marche en avant est organisée avec un retour des matériels utilisés dans des bacs fermés. Les maintenances sont tracées dans une GMAO. Les rapports d'intervention sont conservés par le service biomédical. Un tableau de suivi des endoscopes en fichier partagé entre les différents intervenants permet un partage d'information. Les contrôles microbiologiques sont effectués selon les procédures et sous la responsabilité du service hygiène. Les prélèvements environnementaux sont réalisés et leur résultats suivis par les professionnels compétents.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du patient est organisé de façon adaptée selon plusieurs circuits et en fonction des prises en charge: circuit du patient hospitalisé, circuit du patient en ambulatoire, circuit du patient en externe. Les organisations sont connues et respectées par les professionnels. Des documents de liaison tracent la circulation de l'information. Le secteur d'activité connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les actes d'endoscopie sont inscrits dans le logiciel de programmation du bloc opératoire. La cellule de programmation du bloc les planifie et le programme définitif est validé par le conseil de bloc tous les jeudi après midi. La cellule de régulation en présence du MAR et du cadre du bloc opératoire gère l'affectation des moyens humains et matériels. Le programme définitif est validé quotidiennement avant 15 heures. L'accueil au bloc opératoire est réalisé par le brancardier coordonnateur. L'identité du patient est vérifiée. Le statut du patient vis à vis du risque ATNC est évalué. La check-list sécurité du patient est mise en œuvre, complétée et signée. Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes est réalisés selon les règles et tracés. La traçabilité des prélèvements microbiologiques planifiés des endoscopes et du matériel est effective. Les circuits et interfaces sont opérationnelles entre le bloc, les services d'hospitalisation et l'UCA en ce qui concerne les circuits patients ; la continuité de la prise en charge est assurée par l'intermédiaire des feuilles de liaison. Les services supports, pharmacie, hygiène, qualité, biomédical, services techniques travaillent en collaboration de façon à rendre disponible les expertises nécessaires à la réalisation du processus. Des réunions du service ont lieu deux fois par an, elles font l'objet de compte-rendu. Les traçabilités sont assurées et opérationnelles. Le recueil du risque ATNC réalisé par le praticien en consultation sur un feuillet triplicaté suit le patient, un exemplaire est conservé en décontamination un autre dans le dossier du patient. La check-list est complétée et signée. La

fiche d'écologie est dans le dossier patient. Les traçabilités liées aux endoscopes sont faites sur un registre en décontamination.

## **C / EVALUER**

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

Un dispositif d'évaluation et de suivi quantitatifs et qualitatifs est en place. Des indicateurs quantitatifs d'activité sont suivis : nombre d'endoscopie total et par type d'actes, le taux d'occupation des salles. Sur le plan qualitatif, une EPP sur le nettoyage et la désinfection des endoscopes a été réalisée en 2015 dans le cadre d'un audit national endoscopie organisé par le CCLIN ARLIN. Un audit réalisé en 2017 sur le port du masque par le personnel en décontamination a conduit à la mise en place d'un indicateur de suivi sur l'utilisation du masque. Néanmoins, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas évaluée annuellement. En effet, l'efficacité des actions mises en œuvre n'est pas évaluée. Le PAQSS ne comporte pas toutes les actions correctives et ne permet donc pas réaliser le bilan des actions mises en œuvre comme le montre, notamment, l'EPP sur le nettoyage des endoscopes. Cette EPP, initiée en 2015, a fait l'objet d'une inscription à la stratégie de déploiement, pour autant, comme l'indique le compte rendu de la Commission EPP du 12 décembre 2016, elle est toujours en étape 3, sans évaluation dans le tableau de bord des EPP actualisé. Les bilans qualité et gestion des risques n'apportent pas de données supplémentaires.

## **A / AGIR**

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

Des actions ont été planifiées et mises en œuvre, par exemple, un tableau de suivi partagé des prélèvements et la mise en place de bacs de transport pour les endoscopes usagés. Cependant, les actions d'amélioration mises en œuvre ne sont pas intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. En effet, le programme n'est pas réajusté en fonction des résultats des évaluations. En conséquence, le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ne fait pas l'objet d'un suivi structuré. La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels grâce au dispositif institutionnel (réunions de service, réunions de la CME).

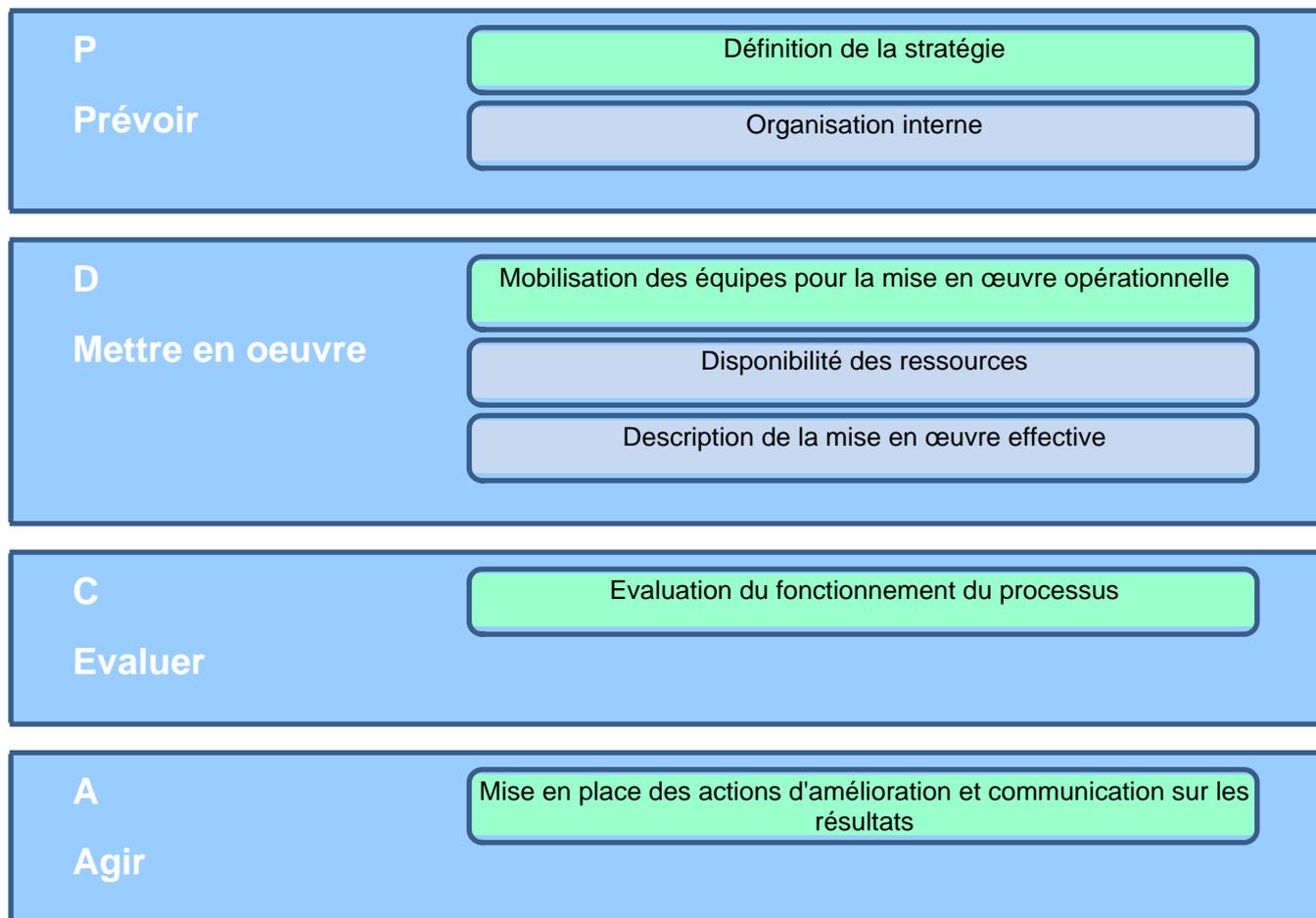
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La maternité est composée d'un bloc obstétrical, situé au premier étage et d'une unité d'hospitalisation au deuxième étage. Le bloc obstétrical est constitué d'une salle d'examen et d'orientation, de 4 salles de pré-travail, de 5 salles de naissance dont une salle d'accouchement physiologique, d'une salle dédiée et équipée pour les césariennes en urgence, de deux salles de soins aux nouveaux nés. Le bloc obstétrical est contiguë au bloc opératoire de la clinique, situé au même étage, séparé par une porte sécurisée ; ce dernier dispose d'une salle d'intervention pour les césariennes programmées. Le service d'hospitalisation comprend 33 chambres avec 36 lits, une salle de soins aux nouveaux-nés, une infirmerie, une biberonnerie et une nurserie.

Le projet d'établissement a identifié et formalisé ses besoins et ses orientations stratégiques en prenant en compte les objectifs définies dans le SROS. L'établissement s'est engagé à renforcer la place de la maternité dans le territoire de santé. Il poursuit son engagement dans les filières soins et les coordinations territoriales : participation au réseau Périnatalité Aquitain, développement de l'AMP, création d'une consultation avancée pluri-professionnelle sur le Haut Béarn, mis en place d'une politique d'accessibilité financière. Il développe les conventions avec le Centre Hospitalier de Pau et le lactarium de Marmande. La polyclinique assure tous les jours de l'année les accouchements. Elle participe au dépistage des facteurs de risques en pré et post- natal. Elle assure les soins de la mère et de l'enfant. Les sources de données utilisées pour l'identification et l'analyse des processus à risques du secteur de naissance répondent à la méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques. Les risques identifiés ont été cotés, hiérarchisés et priorisés avec les professionnels concernés lors d'une réunion entre les cadres de soins et la cellule qualité-gestion des risques. Ils sont le support de formalisation d'un programme d'action formalisé, priorisé et intégré au programme global institutionnel d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement (PAQSS). Celui-ci est présenté et validé par les instances : CODIR, CME, COPIL QGDR. Les risques prioritaires sont formalisés dans une « fiche risque » qui constitue la « maquette » du Compte Qualité de l'établissement ; 5 risques sont intégrés dans le Compte Qualité. Les objectifs, les actions à mettre en œuvre, les responsables, et les indicateurs de suivi sont définis. Les pilotes de processus sont en charge du suivi de l'avancement des plans d'actions issus du compte qualité. Toutefois, ces actions ne sont pas articulées avec le programme d'action institutionnel. En effet, tous les actions du Compte qualité ne sont pas reprises dans le PAQSS. On ne retrouve pas, dans le PAQSS, les actions concernant l'EPP « hémorragie du post-partum », mise en place au regard de la valeur de l'IQSS de spécialité PP HHPI en dessous du seuil de performance depuis 2013 et en étape 4. Ces faits sont en contradiction avec la décision de la commission d'EPP dont un compte rendu précise "qu'il est important... que les actions découlant des EPP soient inscrites dans le PAQSS". Par ailleurs, la priorisation des actions est discordante entre le PAQSS et le compte qualité. Par exemple, le risque d'absence d'harmonisation des pratiques professionnelles est identifié comme prioritaire dans le Compte qualité mais est coté non prioritaire dans le PAQSS, notamment sur les conduites à tenir sur les dossiers complexes (formaliser un protocole des examens biologiques et radiologiques pour douleurs abdominales en cas de grossesse).

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage du secteur de naissance est assuré par la sage-femme cadre de santé de la maternité, un médecin pédiatre salarié de l'établissement, et le Directeur des affaires médicales. Il est formalisé dans une charte de fonctionnement du bloc obstétrical récemment écrite, formalisée, validée et intégrée dans le système de gestion documentaire de l'établissement. Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont tous identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels enregistrées et accessibles dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. La polyclinique de Navarre organise ses besoins en ressources humaines, matérielles, et documentaires. Les ressources humaines en terme d'effectifs et de compétences sont organisées pour répondre à la réglementation et aux besoins de la structure. Les professionnels assurant la prise en charge des patientes et des nouveaux-nés est organisé par des équipes de statut et de qualification différentes: gynécologues-obstétriciens et médecins anesthésistes libéraux, pédiatres libéraux et deux pédiatres salariés de la clinique, sages-femmes, IDE, IDE puéricultrices, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, psychologue tous salariés. La répartition des tâches et les collaborations entre les professionnels du secteur de naissance sont définies. L'activité d'anesthésie est organisée par une équipe dédiée de 5 Médecins Anesthésistes Réanimateurs. Des listes de gardes et d'astreintes organisent la continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique conformes à la réglementation. Le système d'appel en urgence du personnel du bloc obstétrical est organisé avec des codes couleurs. La sage-femme cadre du service, pilote du processus, régulent les activités, assurent la coordination et le respect des règles définies dans la charte de fonctionnement du bloc obstétrical. Elle met à disposition les moyens humains et matériels nécessaires. Un médecin anesthésiste-réanimateur siégeant au conseil du bloc est coordonnateur

médical. Le recrutement est organisé. Un plan d'intégration et de formation des nouveaux arrivants est organisé (apprentissage en doublon, document d'information, évaluation des compétences). Des professionnels intérimaires, fidélisés, connaissant la structure et formés, suppléent aux absences imprévues. Les besoins en formation sont identifiés pour chaque agent lors des entretiens professionnels annuels. Les actions de formation sont planifiées et intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. L'accueil des étudiants (sage-femme, IDE, IDE puéricultrice, aide-soignante) est organisé. Les besoins en procédure sont identifiés, élaborées avec les professionnels, issues de documents de référence validés sont intégrés dans la GED et sous forme de logigramme affiché dans les unités de soins pour les conduites à tenir dans les situations urgentes. Le dossier obstétrical et du nouveau-né sont en format papier. L'information des patientes est organisée (livret de sortie de maternité, atelier "baby cooker"). Les locaux de la salle de naissance sont conformes à la réglementation avec deux blocs opératoires dédiés aux césariennes. Les mesures sont prévues pour l'hygiène des locaux, la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux, la maintenance préventive et curative des infrastructures. L'organisation des circuits de prise en charge est formalisée notamment en cas d'infection de la maman ou du bébé. Les ressources matérielles sont disponibles en salle de travail et au bloc opératoire. Un plan d'équipement annuel identifie les besoins en matière d'achats et d'approvisionnements. Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux. La maintenance préventive et curative, la gestion des pannes et dysfonctionnement sont organisés par l'ingénieur biomédical. Le système d'information est structuré. Il organise la sécurisation de l'identification des parturientes et le dossier administratif. La planification et la programmation des césariennes sont organisés dans le logiciel dédié du bloc. La consultation d'anesthésie est informatisée ainsi que les prescriptions et l'administration du médicament chez les parturientes. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement et il permet l'échange d'information et la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale. Les salles de naissance, le bloc opératoire et la réanimation bébé situés au même niveau, d'organise la surveillance de la mère et du nouveau-né avec le respect du maintien du lien mère-enfant. Des formulaires papiers d'enregistrement organisent la traçabilité des différentes étapes et des intervenants tout au long du parcours de soins: dossier obstétrical, partogramme compte-rendu d'accouchement intégré au dossier obstétrical, surveillance des suites de couches, fiche de surveillance HPPI. Les interfaces sont organisées et opérationnelles avec les secteurs médico-techniques: le laboratoire de biologie médicale est situé dans un bâtiment contiguë à la polyclinique, une convention avec le Centre Hospitalier de Pau organise l'embolisation 24h/24, la pharmacie (approvisionnement en médicaments et dispositifs médicaux, gestion des péremptions, stérilisation), le laboratoire d'anatomo-pathologie (examens foeto-pathologiques transmis au CHU de Bordeaux (faisant l'objet, de la part de ce dernier, d'une organisation transitoire). La gestion du linge et des déchets est organisée par un prestataire externe. Les interfaces avec les secteurs administratifs sont formalisées: cahier de police, certificat d'accouchement, carnet de santé du nouveau-né, procédures de signalement des événements indésirables, gestion des patientes demandant un accouchement secret. Les interfaces avec les secteurs externes sont définies et structurées. La gestion des produits sanguins labiles est formalisée avec l'EFS et leur transport organisé par un prestataire externe conventionné. Les transferts en urgence in utero ou en post partum sont organisés avec la SAMU pédiatrique vers le Centre Hospitalier de Pau. Un Programme d'Accompagnement du retour à Domicile (PRADO) est organisé, en collaboration avec la CPAM pour les mamans le nécessitant. Enfin la maternité adhère au réseau périnatal Nouvelle Aquitaine.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La Sage-Femme cadre de la maternité suit l'avancement des plans d'actions. Elle communique auprès de ses équipes lors des staffs de service pluridisciplinaire hebdomadaire. Les professionnels sont sensibilisés sur les objectifs attribués. Les risques en lien avec le Compte Qualité sont suivis. Le recueil et l'analyse des fiches d'événements indésirables (FEI), favorisés par une charte de non punition sont effectifs ; la déclaration est faite sur le logiciel institutionnel avec un retour au déclarant. Deux EPP sont réalisées : hémorragie du post partum, pertinence de la césarienne en étape 5 dont l'indicateur est inclus dans le CPOM. Les retours d'expérience sont réalisés. Ils sont communiqués en réunion de service. Des RMM sont organisés. Une RCP est commune avec la PMI. Le cadre du service s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues ; un audit sur la pratique du sondage évacuateur stérile est en cours. Des actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels en cas de dysfonctionnement.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans le secteur. Les ressources humaines sont en nombre suffisant pour répondre aux besoins et assurer la continuité de la prise en charge en cas d'urgence, la nuit, les week-end et jours fériés. Les Sages-Femmes accueillent 24h/24 les femmes enceintes. Un obstétricien et un anesthésiste sont de garde sur place tous les jours 24h/24 week-end et jours fériés. Une IDE est d'astreinte au bloc opératoire. Un pédiatre est en astreinte opérationnelle. Les listes de garde sont affichés dans les unités de soins. Les formations pour l'ensemble

des professionnels sont réalisées: réanimation du nouveau-né, deuil périnatal, prévention du bébé secoué. Les protocoles et procédures sont issus de documents de référence, actualisés et accessibles dans la GED. Ils sont affichés sous forme d'algorithme en salle de travail et au bloc pour les urgences (affiche sur la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post partum). Les professionnels disposent de toutes les informations concernant le patient nécessaire à sa prise en charge dans le dossier obstétrical. Les salles de naissance, les salles de pré-travail, les salles de césarienne, la SSPI, sont contrôlées et entretenues. Le matériel et les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Toutes les unités de soins de la salle de naissance sont équipées de monitoring. La surveillance environnementale est effective et tracé. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux appliqués. Le nettoyage et l'entretien des points d'eau assurés (baignoire). L'hygiène du matériel réutilisable est opérationnelle. Le matériel, le linge, les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les équipements en panne sont remplacés. Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est tracée (respirateurs, tables de réanimation néonatale, couveuses, rampe chauffante, appareil de photothérapie, scopes, cardiocographe). L'approvisionnement en médicaments et DMI est opérationnelle. La maintenance des chariots d'anesthésie et des chariots d'urgence pour la mère et le nouveau-né est réalisée et tracée conformément aux dispositions du décret du 25 avril 2000.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations définies pour le fonctionnement sont mises en œuvre et confirmées par les données issues de la patiente recueillies dans le cadre du patient traceur. La prise en charge est coordonnée et s'effectue selon l'organisation définie: vérification de l'identité et mise en place d'un bracelet d'identification avec l'étiquette patient, consultation du dossier obstétrical, examen d'entrée clinique et obstétrical et surveillance de l'état du fœtus avec analyse du tracé du rythme cardiaque fœtal (RCF), surveillance clinique et paraclinique du travail, analgésie obstétricale conforme au protocole, surveillance de l'accouchement et de la délivrance, soins et protocole d'identification du nouveau-né, puis transfert du nouveau-né et de sa mère en service de suites de naissance. La surveillance clinique et paraclinique du travail actif est tracée sur le partogramme. La coordination des personnels est effective, les effectifs sont en adéquation avec le planning, la continuité des soins est assurée. Les pratiques professionnelles fondées sur les procédures validées sont mises en œuvre: protocoles organisationnels, protocoles d'identitovigilance, protocoles de maîtrise du risque infectieux. Les circuits établis sont respectés. Une salle d'accouchement nature sécurisée est proposée aux patientes qui ont le projet d'un d'accouchement physiologique. Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité de la patiente. Les consultations de fin de grossesse et les déclenchements sont organisés et programmés. Les césariennes programmées sont inscrites dans le logiciel de programmation du bloc opératoire. La cellule de programmation du bloc planifie les interventions et fait valider le programme définitif par le conseil de bloc tous les jeudi après midi par le cadre du bloc opératoire. La cellule de régulation en présence du MAR de l'équipe obstétricale et du cadre IBODE gère l'affectation des moyens humains et matériels. Le programme définitif est validé quotidiennement avant 15 heures. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, en interne avec les consultations, la stérilisation, la pharmacie, et en externe avec le laboratoire de biologie, le service de radiologie du CH de Pau et l'EFS. La sortie est programmée avec mise en place éventuelle d'un programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO) en lien avec la CPAM. Le transfert materno-foetal et/ou du nouveau-né est réalisée dans le cadre du réseau Périnat. La traçabilité des actes et activités réalisées est opérationnelle, incluant les vérifications effectuées. Les Sages-Femmes remplissent les cahiers d'ouverture des salles de travail, d'opération et la vérification du matériel. L'examen d'entrée, l'évolution du travail, le partogramme, le compte rendu d'accouchement sont tracés dans le dossier obstétrical. La prise en charge de l'hémorragie de la délivrance est tracée sur une "fiche de surveillance HHPI" intégré au dossier de la parturiente. La Sage-Femme ou le médecin prescrivent les médicaments dans le dossier informatisé. Au bloc opératoire, la check-list HAS sécurité patient, les fiches de liaison, le suivi anesthésique et opératoire est tracé. Le gynécologue obstétricien saisi son compte rendu opératoire. Les étiquettes des dispositifs médicaux utilisés pour la maman et le bébé sont collées sur une feuille de traçabilité jointe au dossier. Celle-ci trace également les prélèvements effectués. La sortie du secteur de naissance ou de SSPI est validée après examen de l'accouché, horodatée et tracée. Le dossier du bébé est créé. La traçabilité des soins du nouveau-né est assurée dans le dossier papier ; les prescriptions médicamenteuses du pédiatre y sont également saisies. Le carnet de santé est renseigné. En nurserie sont tracés, la courbe de poids et la feuille de surveillance journalière. Les instances sont opérationnelles. Dans le service sont organisés des réunions pluridisciplinaires. Toutes ces réunions font l'objet de comptes rendus mis à disposition de l'ensemble des professionnels sur l'intranet de l'établissement.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs en salle de naissance. La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont suivies grâce au recueil des indicateurs obligatoires nationaux IQSS et indicateurs des Infections Associés aux soins. Le dispositif d'évaluation est

complété par le recueil d'indicateurs internes. Ce sont des indicateurs quantitatifs de fonctionnement et des indicateurs d'efficience sont suivis. Le dispositif d'évaluation est complété par des indicateurs qualitatifs de processus de soins : tableau d'activité des consultations des sages femmes, nombre d'interventions de l'assistance sociale, bilan d'activité de la psychologue en périnatalité, nombre de FEI déclarés, questionnaire de satisfaction de la maternité, nombre de participant atelier Nesting . Les indicateurs proviennent aussi des audits réalisés. Cependant, l'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins n'est pas évaluée annuellement. En effet, l'efficacité des actions mises en œuvre n'est pas évaluée. Le PAQSS ne permet pas réaliser de bilan des actions mises en œuvre, de l'efficacité des actions, et/ou d'analyse permettant d'identifier les points à risque. En particulier, il n'intègre pas des indicateurs liés aux démarches de pratique clinique. Ils ne peuvent pas être révisés, situation déjà décrite lors de la certification précédente. Les bilans qualité et gestion des risques de l'établissement sont une synthèse de données quantitatives de la gestion des risques de l'établissement. Les rapports consultés des différents comités, ainsi qu'il est indiqué en préambule de ces bilans, de la CME, du Conseil de bloc et de la Commission EPP n'apportent pas de précisions complémentaires. L'échéance indiquée des actions d'améliorations envisagées (juin 2018) pour un audit à blanc dans le Compte qualité et le PAQSS est même postérieure à celle indiquée dans le compte-rendu de la commission EPP du 4 décembre 2017 (premier trimestre 2018).

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des évaluations. Parmi celles-ci, il faut citer la mise en place du dossier informatisé obstétrical dont le partogramme dans le cadre du déploiement du nouveau DPI, la formalisation des urgences obstétricales, risque identifié dans le compte qualité (retard à la réalisation d'une césarienne) avec l'actualisation de la procédure et la mise en place des codes couleurs, la mise en place d'animation d'atelier Nesting destiné à sensibiliser les futurs parents à la santé environnementale. Toutefois, les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. En effet, le programme institutionnel (PAQSS) n'est pas réajusté en fonction des résultats des évaluations. La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe grâce au dispositif institutionnel. Les résultats des évaluations sont communiqués aux médecins lors des réunions de CME et aux professionnels lors des staffs de service hebdomadaires. Ils sont intégrés et diffusés dans la GED. Les résultats des IQSS sont affichés à l'accueil de la clinique et disponible sur le site internet public de l'établissement.