



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CLINIQUE D'OCCITANIE

**20 avenue bernard iv
Bp 40304
31605 Muret
SEPTEMBRE 2020**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	20
DROITS DES PATIENTS	25
PARCOURS DU PATIENT	30
DOSSIER PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	41
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	51
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	57
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	62

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 objectif dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE D'OCCITANIE	
Adresse	20 avenue bernard iv 31605 Muret
Département / région	HAUTE-GARONNE / OCCITANIE
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
Groupement	G396	GRUPE VEDICI	46 rue de la boetie 75008 PARIS 08
Entité juridique	310000492	CLINIQUE D'OCCITANIE	20 avenue bernard iv 31605 Muret
Etablissement de santé	310781505	CLINIQUE D'OCCITANIE	20 avenue bernard iv Bp 40304 31605 Muret

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	94	/	38
MCO	Gyneco-Obstétrique	20	/	/
MCO	Médecine	67	12	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	*ANPAA 31 Optimiser la prise en charge et le parcours de soins dans le domaine de l'addictologie en facilitant l'organisation de l'accueil, l'accompagnement et la prise en charge des patients présentant des problèmes d'addictologie

*Fabienne GAUBERT

Soins de support pour les patients pris en charge au sein du service d'oncologie ambulatoire

*La Ligue

Développer des soins de support pour les patients atteints de cancer : prestation de soins esthétiques et séances de sophrologie

*Unicancer

Développer une recherche clinique sur l'accès à la molécule vemurafenib à des patients porteurs de tumeurs solides avancées ou des hémopathies malignes qui présentent

*ADAPEI

Convention d'accueil dans le cadre du plan bleu dans les établissements pour personnes en situation de handicap

*AJAH

Convention d'accueil dans le cadre du plan bleu dans les établissements pour personnes en situation de handicap

*EFS

Modalité d'approvisionnement et de gestion des produits sanguins labiles

*Trans bio santé

Modalité de transport des produits sanguins labiles

*IVG médicamenteuse en ville

Accueillir et assurer la prise en charge liée à l'IVG médicamenteuse

*Autopsie fœtus né sans vie

Organiser l'activité des autopsies de fœtus nés sans vie dans le cadre du réseau Maternip

*Mieux être XL

Partenariat entre les bénévoles de l'association et les équipes soignantes et administratives de la clinique

*CHU Toulouse

Transfert de patient de la clinique vers le service de pédiatrie du CHU de Toulouse

*EMID

Convention de coopération en infectiologie « maîtrise du risque infectieux ».

Mise à disposition d'un infectiologue.

*Mairie de Toulouse

Incinération des pièces anatomiques

*Centre Hospitalier de Muret

Circuit de prise en charge en vue d'une transplantation

*Équipe mobile Pallia sud 31

Promouvoir une continuité et une cohérence de la prise en charge du patient quel que soit le lieu. L'équipe mobile faisant le lien entre la ville, l'hôpital et tous les intervenants près du patient.

*Centre Hospitalier de Muret

Permettre à la clinique de disposer de consultation d'oncogériatrie par la mise à disposition d'un praticien hospitalier temps plein en gériatrie au CH de Muret et spécialisé en oncogériatrie. Cette activité permet également de renforcer la structuration de la filière gériatrique sur le bassin de santé du sud toulousain.

*ORUMIP

Étude d'activité des urgences

*Clinique Pasteur

Organisation de la prise en charge des patients hospitalisés au sein du service de cardiologie au sein de la clinique nécessitant un accueil en chirurgie cardiaque.

*Centre Hospitalier de Muret

Mise à disposition d'une Equipe Mobile en Gériatrie (médecin, IDE, assistant social, secrétariat)

*MATERMIP

Réseau maternité en Midi-Pyrénées

*SAMU 31

Établir les modalités d'admission des patients dans les structures de soins privées par une meilleure coordination à la phase pré hospitalière via la régulation du CRRRA du SAMU 31

*La clinique dispose également de conventions de partenariat avec (de son bassin de santé) : EHPAD, SSR et HAD

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	ETP bariatrique pré et post opératoire depuis 2017

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport. Elles n'ont pas été visées par l'Agence Régionale de Santé. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de santé.

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Prise en charge des urgences et des soins non programmés
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Personne âgée	Médecine hospitalisation complète	A définir	Urgences	/	MCO
2	Adulte	Médecine hospitalisation partielle	A définir	Programmé	/	MCO
3	Adulte	Chirurgie hospitalisation complète	A définir	Urgences	/	MCO
4	Enfant	Chirurgie ambulatoire	A définir	Programmé	/	MCO
5	Femme	Gynécologie-obstétrique	Césarienne	En urgence ou programmée	/	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

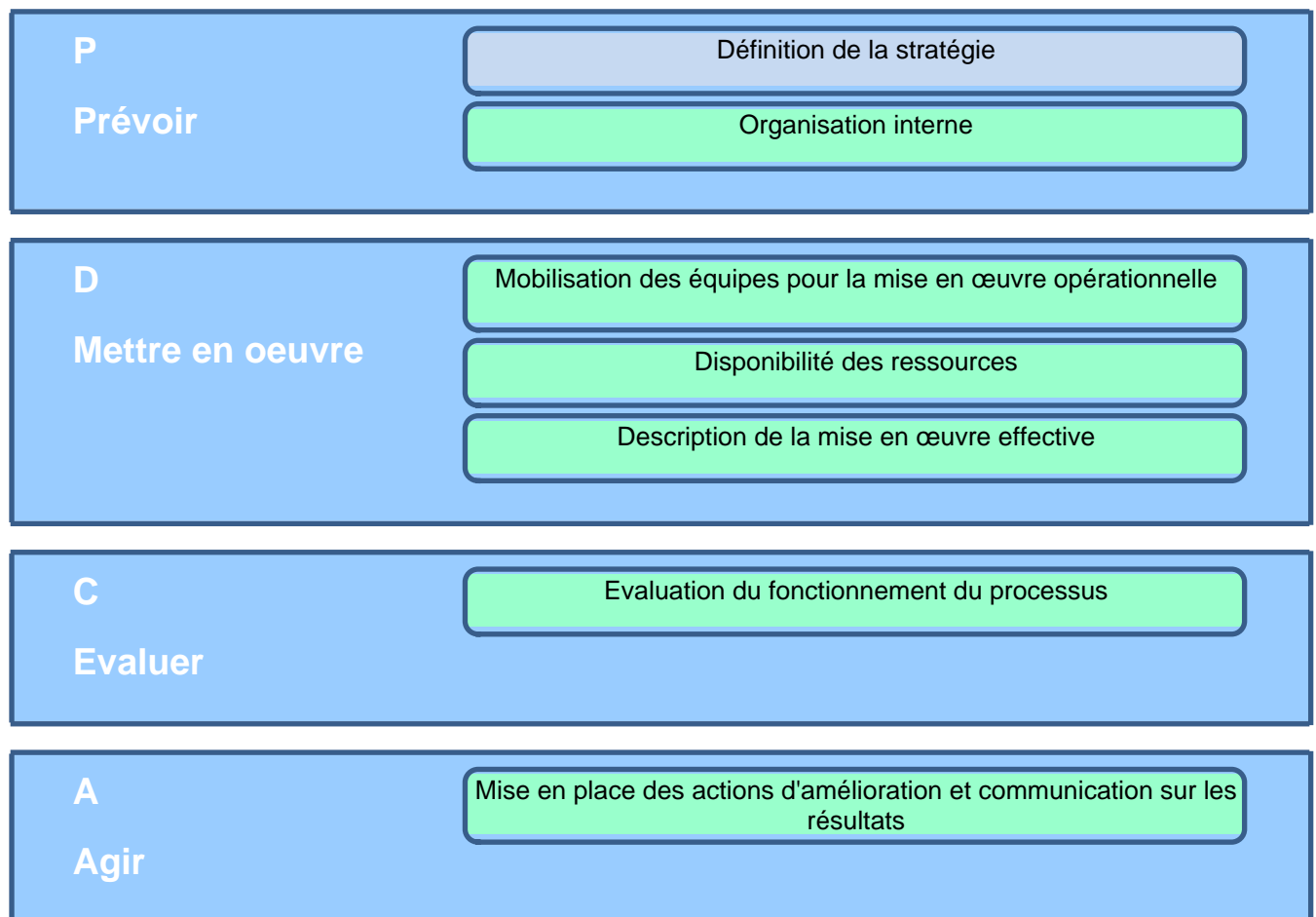
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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 note d'orientation 2015-2020, le projet de soins 2106-2020 du projet d'établissement 2016-2020 et la politique qualité et gestion des risques 2019-2023 définissent les orientations stratégiques arrêtées par la Direction, la Conférence Médicale d'Établissement, le coordonnateur des risques associés aux soins (Directrice des soins) et la cellule qualité.

La politique qualité et gestion des risques est en lien avec le projet de soin interface directe avec la politique qualité sécurité des soins, le projet RH de l'établissement (volet qualité de vie au travail), le projet financier (efficience et qualité sécurité des soins) et le projet système d'information de l'établissement.

Cette politique précise notamment les engagements de l'établissement concernant :

- La gestion des risques et des vigilances
- La maîtrise du risques infectieux
- Le système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse
- La gestion des risques associés aux soins
- Les secteurs à risques (endoscopie, maternité, bloc opératoire)

Le projet qualité et sécurité des soins est déclinée également dans le projet de soins sous forme de fiche action :

- Développer un management par la qualité
- Développer une culture de gestion des risques et dommages liés au soins
- Maintenir le niveau d'hygiène requis dans la pratique de soins
- Dossier Patient

La déclinaison de la politique particulièrement aboutie se fait à l'aide d'objectifs prioritaires : pérenniser la gestion des risques, redynamiser les démarches EPP, accentuer la culture qualité sécurité des soins.

Pour déterminer sa stratégie, l'établissement identifie ses besoins à l'aide de :

- Les cartographies des risques de l'ensemble des processus
- Les évolutions réglementaires
- Les orientations fixées par les autorités nationales ou régionales et contractualisations afférentes (dont CPOM, CBUM, indicateurs nationaux)
- Les données propres à la vie et à l'activité de l'établissement
- L'expression des usagers
- La production des autorités ou experts externes
- L'accréditation des médecins et des équipes médicales pour les activités concernées

L'ensemble de ces éléments ont été pris en compte pour établir l'identification collective des risques par processus de l'établissement. Cette identification s'est appuyée sur les cartographies par processus, sur les risques a priori détectés et les indicateurs nationaux. Elle se complète d'une identification des risques a posteriori provenant des événements indésirables, des démarches EPP, des RMM. Elle se réfère à une méthodologie d'analyse des risques a priori (ALARM) partagée et, déclinée sur tous les secteurs d'activité.

Des échelles à 5 niveaux type HAS ont été utilisées : fréquence, gravité, criticité brute puis criticité nette après pondération avec un niveau de maîtrise. Pour ce faire, l'identification des risques de chaque processus a été établie, sous la responsabilité des pilotes de processus avec l'aide des instances, de groupes de travail et du service qualité. Ce travail aboutit à une cartographie globale des risques regroupant l'ensemble des analyses de risques réalisées permettant une déclinaison opérationnelle exhaustive et effective.

La cartographie des risques est la base structurante du programme d'action qualité et sécurité des soins (PAQSS). La structure de ce programme est définie par le comité de pilotage qualité et sécurité des soins (COPIL qualité). Ce programme se présente sous la forme d'un tableur informatique supervisé par la cellule qualité, partagé avec les pilotes de processus et le coordonnateur des risques associés aux soins. Le PAQSS institutionnel réunit tous les plans d'action qualité risques de l'établissement indexés selon le processus concerné. Les objectifs sont déclinés en processus, critère HAS, actions de prévention, priorisation, responsable, modalités de suivi et délais prévisionnels et réalisés. La priorisation de ce PAQSS se fait en lien avec le compte qualité, pour lequel les risques des différentes thématiques ont été hiérarchisés et priorisés. Il s'appuie sur les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise, le développement de la culture qualité, le renforcement de la maîtrise des risques, le développement des EPP, les éléments issus de la V2010, en lien avec le compte qualité. La cartographie des risques et le plan d'actions sont révisés tous les ans par les comités et instances.

Les instances et organes de décision ont contribué à la méthodologie de travail institutionnelle, retenue et déployée en participant à l'élaboration des plans d'actions. La validation du programme global revient au COPIL et au bureau de la CME. L'ensemble des documents relatifs à la Politique qualité est présenté annuellement aux instances de l'établissement (CME, CDU, CLIN...).

Le compte qualité est suivi par la cellule qualité et le coordonnateur des risques associés aux soins en concertation avec les pilotes des thématiques et validation des données par le COPIL qualité.

L'incrémentation du compte-qualité se fait à partir des plans d'action issus des analyses de risque processus par processus

ORGANISATION INTERNE

L'organisation générale du management de la qualité et de la gestion des risques est basée sur une organisation déclinée par processus et formalisée dans un organigramme « Qualité et Gestion des Risques ». La responsabilité conjointe du pilotage stratégique de la démarche qualité sécurité des soins incombe au Président de la CME et au directeur.

Pour définir, piloter et évaluer et coordonner l'ensemble des projets concourant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, ils s'appuient sur un comité de pilotage « COPIL qualité ». Le COPIL qualité est particulièrement élargie dans sa composition (Directeur, Président de CME, Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins = Directeur des soins, Responsable Qualité/Gestionnaire des risques, responsable des ressources humaines, responsable administrative et financière, infirmière hygiéniste, cadres de soins, pharmacien gérant, chef de bloc, responsable système d'information, responsable hôtelier, responsable biomédical, responsable technique) est l'organe stratégique et décisionnel. Il assure la coordination du pilotage des processus et la validation du compte qualité.

Le pilotage opérationnel de la démarche est assuré par la cellule qualité et la directrice des soins également gestionnaire des risques. Elles coordonnent la mise en œuvre de la politique qualité / gestion des risques. La responsable qualité, attachée de direction assure le lien avec la Direction, les responsables de secteurs d'activités, le COPIL Qualité, les comités et instances garants de la qualité et sécurité des soins et les pilotes / groupes de travail processus. C'est également elle qui organise les RMM et supervise la démarche de suivi des risques a posteriori.

Les missions des pilotes de processus, dont ceux de la qualité et de la gestion des risques, sont définies au niveau institutionnel. Celles des instances et des commissions sont formalisées avec notamment leur règlement intérieur. Les rôles, missions et responsabilités des acteurs, des vigilants, du coordonnateur de la gestion des risques, du responsable du management de la qualité et de la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, des pilotes et de manière plus générale de l'ensemble des professionnels sont formalisés et retrouvés dans des fiches de missions ou de poste.

Le pilotage de chaque processus est organisé ainsi que son mode et la fréquence de communication.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée. Ses missions et ses liens avec les instances de pilotage sont définis. La liste des membres des instances et comités ainsi que les responsabilités respectives sont définies au sein de l'établissement. Pour chaque vigilance, un vigilant et son suppléant est désigné. La coordination de la démarche est réalisée par la RAQ dans le cadre du COPIL Qualité. Le développement des EPP et des RMM au sein de l'établissement est piloté par la cellule qualité. La responsabilité de la veille réglementaire incombe à la direction. La gestion des événements indésirables est prise en charge par le coordonnateur de la gestion des risques, et celle des plaintes et réclamation par l'assistante de direction. Le recensement des besoins en formation est réalisé une fois par an auprès des professionnels et auprès des personnes ressources qualité. Les besoins identifiés sont inscrits au plan de formation sur avis des instances. Le plan de formation inclut une approche qualité sécurité des soins avec des actions sur la maîtrise des outils de la qualité, inscrites au plan de formation 2019, 2020. Des séquences d'information sur la démarche qualité au sein de l'établissement sont également programmées pour les nouveaux arrivants. Tout nouvel arrivant est formé à l'accès documentaire dans le cadre de son parcours d'intégration.

La gestion documentaire, centralisée par le service qualité, est organisée autour d'une procédure institutionnelle. L'organisation en place a permis la formalisation des règlements intérieurs de l'ensemble des instances et des politiques de processus, ainsi que des fiches de poste. Les documents utiles (protocoles, formulaires, compte rendu, documents institutionnels ...) sont centralisés et mis à disposition des professionnels sur la gestion documentaire informatisée. La déclaration des événements est informatisée sur l'ensemble de l'établissement Les modalités de communication sont abordées dans la politique qualité et sécurité des soins.

Les interfaces entre tous les dispositifs (vigilances, gestion des plaintes et des réclamations, développement des EPP, gestion des événements indésirables, etc.) sont organisées par cellule qualité qui coordonnent ainsi les différentes composantes du système qualité et gestion des risques et rend compte à la direction.

Les représentants des usagers sont impliqués dans le fonctionnement de la commission des usagers (CDU). Ils sont informés de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le soutien méthodologique et la communication sont assurés par la RAQ, particulièrement dynamique, à l'aide du programme global. La cartographie des risques établie par processus permet d'identifier les axes d'amélioration des secteurs et la déclinaison spécifique de la démarche institutionnelle au plus proche des secteurs d'activité.

Pour ce faire, chaque processus est confié au minimum à un pilote : cadre soignant et/ou fonction support, le cas échéant un représentant médical, et ce en lien avec les comités et commissions dans leur domaine d'expertise respectif. Les pilotes disposent d'un document « pilote de processus » qui définit le contour de leur processus ainsi que du plan d'actions et d'un tableau d'indicateurs les concernant. L'ensemble des pilotes et copilotes désignés ont participé à l'identification et la mise à jour des risques et la définition des actions d'amélioration en préparation du compte qualité. Ils sont impliqués dans la déclinaison au quotidien. En parallèle de cette organisation, l'encadrement et les instances sont tenus informés des orientations stratégiques concernant les processus transverses lors de réunions d'informations programmées (comme le COPIL qualité) et sont parties prenantes des démarches en cours. Pour correspondre aux réalités et besoins des services, le recensement s'est appuyé sur les pratiques des professionnels, les événements indésirables, les résultats d'audits et d'indicateurs spécifiques à chaque secteur. Des ajustements sont assurés en fonction des évolutions et des problématiques. La sensibilisation des professionnels de terrain sur la situation de leur secteur et sur leurs objectifs d'amélioration est assurée par les responsables de service (cadre soignant, ...). Cette communication s'articule autour de différents moyens : réunions de service, animation mensuelle sur une thématique qualité, gestion documentaire, notes d'information, affichage des tableaux de bord, passeport qualité gestion des risques.

L'établissement a mis en place différents dispositifs permettant de s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux objectifs spécifiques de l'établissement. Dans le « dossier de pilotage », les pilotes s'engagent :

- à mener des actions EPP / DPC par processus
- à coordonner en interne la gestion des risques a priori et a posteriori du domaine concerné : Staff, RMM systématisée
- à monopoliser les résultats des évaluations de la satisfaction des patients
- à déployer des méthodes d'analyse : patient traceur.

Certains dispositifs fonctionnent en continu : événements indésirables, plaintes et réclamations, questionnaires de sortie. La pratique des audits est intégrée dans la démarche qualité / gestion des risques de l'établissement et permet de façon ponctuelle ou régulière de s'assurer des bonnes pratiques et d'engager en tant que de besoin des actions correctives.

L'analyse des événements indésirables est réalisée par la cellule qualité qui assure l'animation de l'analyse des causes profondes par la méthode ALARM. La déclinaison de la stratégie de développement des EPP est coordonnée par le groupe EPP. Des RMM, étendues à l'ensemble des secteurs, fonctionnent selon un règlement intérieur. Des groupes de travail d'amélioration de la qualité mobilisent les cadres des différents services sur des thèmes transversaux ou spécifiques. Les indicateurs, événements indésirables, dispositifs d'amélioration des pratiques professionnelles, résultats d'audit sont communiqués et débattus lors des réunions de service.

Lors des RMM, des actions correctives sont identifiées en cohérence avec les analyses des causes des événements indésirables et ce avec les professionnels selon les situations analysées. Les groupes de travail, les instances, sont force de proposition d'actions correctives ou d'amélioration en cas de dysfonctionnement relevé, de baisse de résultats ou de constat d'événements récurrents. Selon les besoins et les risques spécifiques des secteurs d'activité, l'encadrement développe en équipe des plans d'actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La cellule qualité est animée par une attachée de direction et une gestionnaire qualité. Cette cellule coordonne l'ensemble des travaux engagés afférents à la qualité et de la gestion des risques et déploie la dynamique. Elles participent aux réunions et aux instances, et sont à la disposition des professionnels pour engager des actions d'amélioration ponctuelles et apporter un soutien méthodologique.

Les vigilants sont identifiés selon leur domaine de compétences ainsi que des gestionnaires de risque et le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (RAQ). La gestion des plaintes et réclamations relève du secrétariat de direction et de l'attachée de direction, qui concourt directement à la relation avec les usagers. L'animation des retours d'expérience est confiée à la cellule qualité et plus spécifiquement est conduite par la RAQ.

Les actions de formation proposées sont diverses comme une formation des pilotes et de l'encadrement par les responsables qualité, une formation interne de l'encadrement autour du plan blanc.... Les responsables qualité sensibilisent les nouveaux arrivants sur la qualité gestion des risques lors du parcours d'intégration. Sont abordés la gestion documentaire informatisée, le management qualité, l'approche audit, la gestion des risques, le signalement des événements indésirables.

La gestion documentaire informatisée est centralisée par la cellule qualité. Les responsables de processus et les professionnels d'encadrement sont sollicités pour l'actualisation des documents comme le témoignent les professionnels rencontrés. Les cartographies des risques a priori de l'ensemble des processus) sont formalisées et accessibles aux professionnels. L'établissement a également formalisé ses plans d'urgence (plan blanc dont annexe attentat, afflux massif et pandémie grippale...). Différents protocoles précisent l'organisation de la gestion des risques, des RMM, des EPP, du suivi des événements indésirables... Le dispositif de signalement des événements indésirables est organisé (formulaire dédié, prise en compte des déclarations par mail) et suivi sous informatique par la cellule qualité. Une charte d'engagement à la déclaration garantit la non punition des déclarants, elle est diffusée à tout nouveau professionnel. Pour les RMM et les analyses approfondies, l'établissement a établi les règles générales de

fonctionnement (modalités d'organisation, les participations, trames de compte-rendu). Toutefois, la procédure de déclaration d'évènement indésirable grave n'est pas disponible à l'échelle de l'établissement. En effet, lors des différents audits de processus, cette procédure n'a jamais été retrouvée dans différents services de soins conformément aux recommandations. Elle n'a en fait pas été diffusée et est restée en diffusion restreinte (deux personnes) au sein de la cellule qualité.

Un passeport qualité et gestion de risques a été distribué à l'ensemble des personnels. Il est à noter que ce document est particulièrement élaboré et permet à tous de comprendre et de s'appropriier l'ensemble de la démarche tant au quotidien que pour la certification de l'établissement. Les ressources matérielles (postes informatiques pour accès à l'Intranet) sont disponibles pour les pilotes et l'ensemble des professionnels.

Toutefois, la procédure de déclaration d'évènement indésirable grave n'est pas disponible à l'échelle de l'établissement. En effet, lors des différents audits de processus, cette procédure n'a jamais été retrouvée dans différents services de soins conformément aux recommandations. Elle n'a en fait pas été diffusée et est restée en diffusion restreinte (deux personnes) au sein de la cellule qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les patients sont informés de l'engagement de l'établissement dans une démarche qualité et de gestion des risques à la fois par le livret d'accueil et par le site internet. Le livret d'accueil mentionne toutes les informations utiles (charte, droits, plaintes, consultation de dossier...), disponibles également sur le site.

Les professionnels mettent en œuvre les organisations définies et respectent les circuits : signalement des événements indésirables, gestion documentaire connue, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations écrites, mise en œuvre du document unique révisé en lien avec les instances représentatives des salariés, animation de retours d'expérience.

La coordination de la démarche est assurée par la cellule qualité le COPIL qualité, le bureau de la CME, les pilotes et l'encadrement de proximité. La cellule qualité particulièrement active en collaboration avec la direction des soins assiste les pilotes de processus au déploiement de leur plan d'amélioration. Ils sont également à la disposition des professionnels pour engager des actions d'amélioration ponctuelles (formalisation d'une procédure, évaluation, audit, accompagnement méthodologique, formation, actions de sensibilisation, mise en place de RMM ...). Cette coordination est également facilitée par l'organisation et la composition élargie du COPIL qualité et l'implication de la direction ce qui permet une revue de processus et la présentation de leur état d'avancement.

La démarche d'évaluation des risques a priori est effective dans les secteurs pour les processus visés par le compte qualité. Les risques sont identifiés et hiérarchisés par criticité et niveau de maîtrise du risque selon une méthode partagée par tous.

La coordination de la gestion des risques a posteriori est réelle et organisée autour de RMM qui sont systématisées. Le dispositif de signalement des événements indésirables est approprié et opérationnel (sauf pour ce qui relève des événements indésirables graves). L'établissement assure un suivi de ces déclarations classées selon une typologie de risques et selon leur secteur d'origine. L'ensemble des événements indésirables sont systématiquement investigués, analysés et documentés. Certains de ces événements indésirables considérés comme plus conséquents donnent lieu à une RMM. Les causes profondes sont recherchées selon la méthode ALARM. Un retour systématique est réalisé à l'attention du déclarant.

L'établissement met en œuvre sa procédure interne de gestion des plaintes et des réclamations. Le secrétariat de direction centralise les demandes et échange les informations sur les plaintes et réclamations avec la cellule qualité pour formaliser une réponse à chacune d'elles. Les professionnels concernés sont associés à la réponse donnée au plaignant ainsi qu'à la réflexion sur la mise en œuvre des actions correctives le cas échéant. Quand la demande concerne directement l'établissement, les plaignants sont informés par courrier de la réception de la plainte par l'établissement et du dispositif de médiation. Les délais de réponse sont conformes au pratique en vigueur. L'intégration d'une étape de concertation avec les représentants des usagers est organisée le cas échéant. Un bilan annuel est présenté en Commission Des Usagers (CDU) puis transmis à l'ARS.

Les démarches EPP (principalement de pratiques clinique) se déclinent sur l'ensemble des secteurs, pour certaines démarches depuis plusieurs années, d'autres plus récentes émergent des pratiques en questionnement, des événements signalés, des résultats des évaluations. Ce déploiement est supervisé par le bureau de la CME et coordonné par la responsable qualité, selon une organisation définie (protocole d'organisation, définition d'un pilote, groupe de travail...). L'établissement déploie différentes méthodes comme les RMM, les patients traceurs.

La gestion des situations de crise dans l'établissement est définie au sein du plan blanc, revu récemment. Un plan attentat, de maîtrise d'une épidémie, plan bleu y sont retrouvés.

Le recueil de la satisfaction des usagers repose notamment sur le suivi des questionnaires de satisfaction.

Des démarches ponctuelles de recueil de la satisfaction se déploient notamment au sein du service des urgences. L'établissement s'inscrit également dans le dispositif e-satis. Les résultats des questionnaires de sortie et de satisfaction globale sont présentés à la CDU.

la veille réglementaire est assurée de premier abord par la direction, la RAQ qui est attachée de direction, sur information de la FHP, du groupe d'appartenance, de l'agence régionale. La veille sanitaire est assurée à partir d'une adresse mail. Elle prend en compte le fonctionnement la nuit et les week-ends.

L'établissement dispose d'un dépôt de sang sur site (en réanimation) en partenariat avec l'EFS et d'une procédure d'approvisionnement en urgence. La sécurité transfusionnelle est effective avec une délivrance

des produits sanguins coordonnée. Les professionnels se mobilisent pour appliquer les procédures en place. Le suivi et la gestion sont confiés à un responsable de service de soins assurant ses fonctions la nuit. Ce responsable peut s'appuyer sur la responsable de la réanimation, le vigilant interne et le centre de transfusion de référence. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles via également les groupes de travail et la coordination qu'assurent l'encadrement de proximité, la cellule qualité et les pilotes des thématiques. L'intervention d'une association dans les secteurs d'activité est facilitée. Les réunions des instances qualité sont régulières et respectent les fréquences définies : COPIL qualité, COMDIR bureau de la CME et CME élargie 2 à 3 fois par an, RMM régulières, réunions d'encadrement et réunions de service. La CDU se réunit dans l'établissement en moyenne quatre fois par an. Cette commission est informée des plaintes et réclamations, des événements indésirables et des questionnaires de satisfaction. Les représentants des usagers ont été informés de la démarche de certification avec une présentation des risques et du plan d'actions. La CDU est en place depuis le renouvellement très récent de l'ensemble des représentants des usagers. La traçabilité de l'ensemble des documents constitutifs de la gestion documentaire est assurée. L'établissement a mis en place plusieurs tableaux de bord (IQSS, EPP, DPC, bilan LIN, événements indésirables, satisfaction, plaintes et réclamations, accès aux dossiers, indicateurs spécifiques). Les réunions conduites au sein de l'établissement donnent lieu à la rédaction d'un compte rendu systématique diffusé et consultable. Les groupes de travail et les instances établissent à chaque réunion une feuille d'émargement et un compte rendu de réunion.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'engagement de l'établissement et le recensement de l'ensemble des indicateurs nationaux est effectif (Bilan LIN, IPAQSS, h open...). Ces indicateurs sont partagés avec les pilotes de processus et pris en compte dans les plans d'actions. Le recensement à l'échelle de l'établissement est assuré par les responsables qualité.

Le PAQSS fait référence à des indicateurs de suivi. Ces indicateurs sont transcrits dans un tableau de bord de la thématique, qui est communiqué auprès des secteurs d'activités notamment avec l'ambition d'obtenir l'adhésion des professionnels à cette démarche qualité. Le COPIL qualité et la cellule qualité élaborent sur une trame de tableau de bord pour décliner le suivi des indicateurs jusqu'aux secteurs d'activité : des tableaux de bord d'indicateurs utiles, réalistes et pertinents par processus sont en place pour être suivis par les pilotes. Les indicateurs sont établis en concertation avec les différents secteurs d'activité et leurs résultats communiqués lors des réunions du COPIL qualité et les réunions de services conduites par l'encadrement de proximité.

Les principaux outils d'évaluation qualité et gestion des risques sont utilisés selon la nature de l'évènement à évaluer : enquêtes, audits, EPP, suivi d'indicateurs, tableau de bord, patients traceurs, RMM, etc. et ce, en concertation avec les pilotes de processus.

Les résultats du questionnaire de satisfaction du patient, le suivi des plaintes sont présentés à la CDU.

L'évaluation du processus en place repose sur un dispositif englobant le suivi des actions du PAQ, les résultats des indicateurs réglementaires (IPAQSS, le tableau de bord des infections nosocomiales), les objectifs et indicateurs du CBUM, du CPOM, CAQUES. Ce suivi permet de mesurer l'impact des actions menées notamment dans le cadre du suivi des plaintes et réclamations, des démarches EPP, des audits, des événements indésirables.... Le service qualité assure différents bilans : des questionnaires, des événements indésirables, de suivi du programme.

A / AGIR

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

Le suivi du processus en place repose sur un dispositif englobant le suivi de l'atteinte des objectifs, par pilote de processus, à l'aide du programme d'actions global et du compte qualité. Pour cela, ils bénéficient de points d'avancement très fréquents avec la responsable qualité et lors des COPIL qualité. Le plan d'actions qualité gestion des risques fixe les échéances des diverses évaluations prévues. Une présentation globale des avancements de l'ensemble des processus est assurée régulièrement en COPIL qualité et s'en suit l'information au bureau de CME. Un bilan global en COPIL qualité permet de réaliser une analyse synthétique, laquelle va servir de base à la révision du programme d'actions mais aussi à la stratégie de développement de l'EPP (Choix et priorisation des thèmes ou abandon). Le plan d'action est revu régulièrement, l'ajustement des risques est prévu. Les actions sont ajustées, de nouvelles identifiées, mises en œuvre, intégrées et structurées au niveau institutionnel.

Le suivi, les évolutions, les résultats de cette politique sont soumis à la CME et aux instances (CDU) au moins une fois par an. Le dispositif de communication sur la stratégie de l'établissement est structuré

autour des réunions des différentes instances et des comités, des réunions de services qui sont le relais de la communication aux autres professionnels. Une communication actualisée des résultats des indicateurs est assurée par voie d'affichage, une information est réalisée dans le livret d'accueil et sur internet. Le journal interne développe des thématiques qualité gestion des risques.

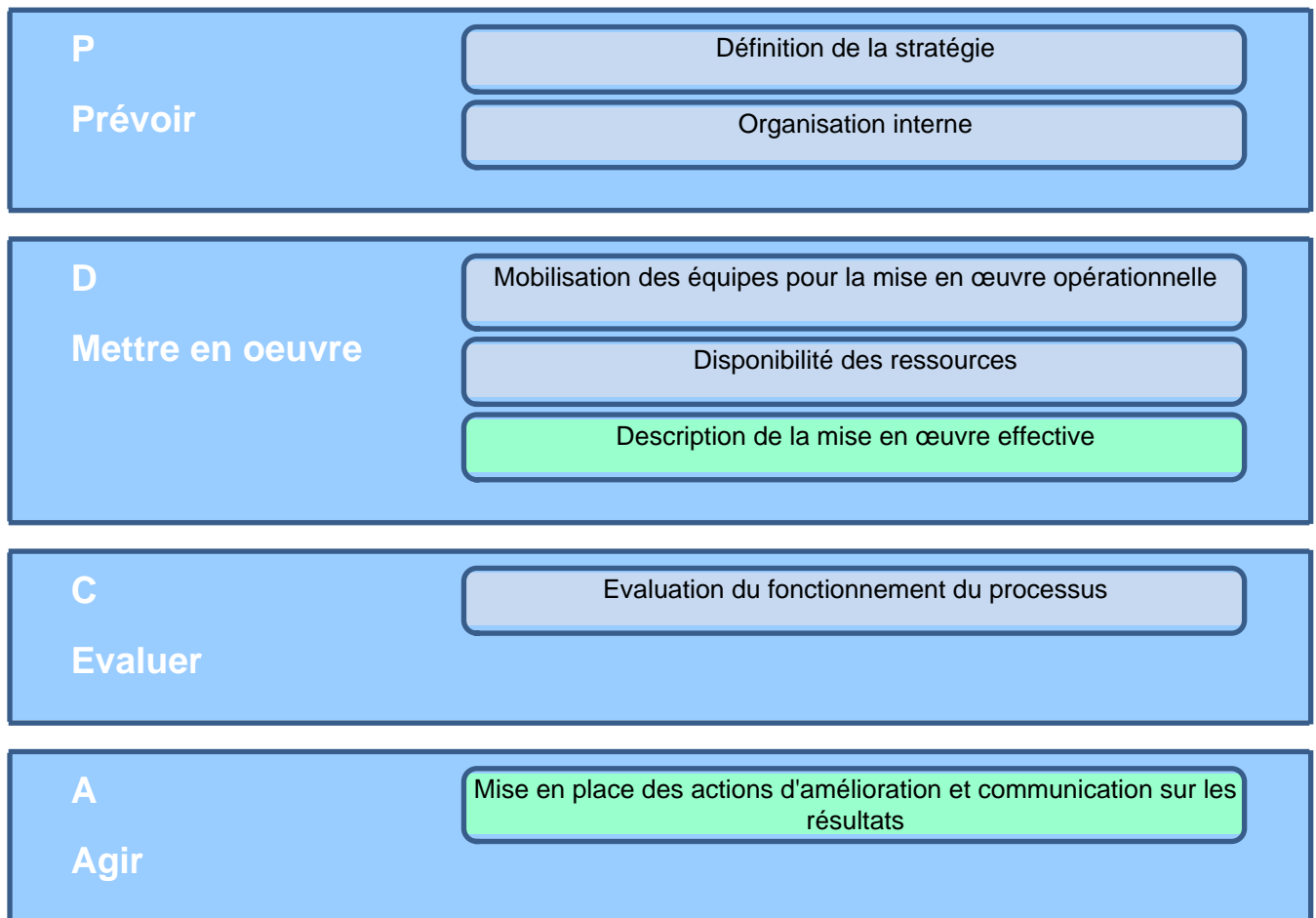
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 prévention du risque infectieux est inscrite dans la politique qualité et gestion des risques de la clinique d'Occitanie.

L'établissement a identifié ses risques en tenant compte des différentes sources d'information, de l'analyse des événements indésirables, de la réglementation et le suivi des indicateurs issus du bilan LIN.

Une politique spécifique du processus « risque infectieux » a défini ses axes stratégiques principaux synthétisés dans une cartographie du processus. Une cartographie des risques a été élaborée au sein du CLIN par une équipe pluri professionnelle, animée par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). Les risques de cette cartographie ont fait l'objet d'une cotation selon la grille de la HAS et une hiérarchisation selon le niveau de maîtrise a permis de constituer le compte qualité. Le compte qualité a été validé par les instances CLIN, de la CME et par le COPIL qualité.

Le programme d'action, issu de la cartographie des risques et élément du programme d'action de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement, est établi. Chaque action est sous la responsabilité d'une personne désignée et fait l'objet d'un échéancier. Les actions identifiées comme prioritaires au vu de cette analyse des risques ont été inscrites au compte-qualité. Il prévoit l'élaboration et la mise à jour des procédures et leur révision.

La gestion de crise intègre la notion de maîtrise du risque infectieux notamment épidémique.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'organisation de la gestion du risque infectieux est décrit dans un organigramme. Le pilotage est assuré par l'EOH et le CLIN, la Coordinatrice de la Gestion des Risques Associés aux Soins (CGRAS) est membre de droit du CLIN. Les usagers sont impliqués dans la démarche avec une participation aux réunions du CLIN. Le comité des anti-infectieux (CAI) est en place et fait partie intégrante du CLIN.

Les rôles et les responsabilités sont identifiés, fiches de poste et fiche de missions sont disponibles et validées. Pour le pilotage, les fiches de missions des 2 IDE de l'EOH, de la présidente du CLIN (médecin biologiste), de la pharmacienne gérante, et du médecin anesthésiste réanimateur en charge de CAI sont établies.

En ce qui concerne les ressources humaines le pilotage repose sur l'EOH et le CLIN. Les responsabilités, les fonctions et les interactions entre les responsables sont définies en particulier avec les instances, les équipes opérationnelles, les réseaux de surveillance externes (CPIAS ou Centre de Prévention des Infections Associées aux Soins), les équipes opérationnelles impliquées : EOH, équipes de référents des services et plateaux techniques. Il est à noter la présence active (présidence du CLIN) du médecin du laboratoire qui traite les prélèvements. En matière d'infectiologie des conventions permettent des demandes d'avis à une infectiologue exerçant dans une autre clinique du groupe et pour les cas les plus complexes à l'équipe mobile d'infectiologie de l'Hôpital DUCUING à Toulouse (EMID).

Le plan de formation comporte des formations externes pour les infirmières hygiénistes sur l'hygiène des mains, l'endoscopie, les risques infectieux en ophtalmologie à la suite d'une RMM, la participation à des journées de la SF2H et du CPIAS, et des formations/sensibilisations internes notamment lors de la journée hygiène des mains et la semaine sécurité patient. Des actions ont également été menées en faveur de la vaccination anti grippale et sur la gestion des déchets hospitaliers. Une formation à l'hygiène est également donnée aux nouveaux arrivants lors de la journée d'intégration. Diverses formations internes sont déployées dans les différents pôles au cours de l'année.

En matière de ressources documentaire, les nombreuses procédures et modes opératoires sont élaborés et mis à jour par l'EOH en collaboration avec les professionnels, ils sont validés par le CLIN. L'EOH réalise la veille documentaire. Ces documents sont disponibles sur la GED. Des livrets hygiène sont remis lors des formations notamment aux nouveaux arrivants et aux étudiants, ainsi qu'une clé USB ; un antibioguide destiné aux médecins est également disponible.

Sur le plan matériel : un carnet sanitaire est en place pour la surveillance des eaux sanitaires, de l'air notamment dans les blocs opératoires ; les circuits sont respectés notamment celui des déchets.

En cas de travaux, l'EOH est en lien étroit avec la direction technique pour l'élaboration des Plan de prévention afin de limiter le risque de Légionnelle. Des prélèvements de surface sont assurés par l'infirmière hygiéniste et sont effectués de manière régulière dans les zones à risque et traités par le laboratoire de biologie dans le cadre d'une convention, la surveillance de l'air et de l'eau est assurée par une entreprise extérieure intervenant dans le cadre d'une convention.

L'interface avec le laboratoire externe prestataire pour la biologie dont la bactériologie (accrédité COFRAC) est organisée avec une implication de ses professionnels pour la réalisation des prélèvements de bilans routiniers, et la transmission informatique des résultats qui se traduisent par une alerte sur le dossier de soins et à l'EOH. Le système d'alerte BMR et BHre est en place.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le CLIN fixe annuellement les orientations déclinées sur le terrain. Des référents hygiène dans les secteurs sont en relation avec les infirmières de l'EOH qui sont bien identifiées et facilement joignables par les professionnels soignants. Quant au médecin anesthésiste en charge de la CAI, il intervient de manière active dans le secteur de réanimation/USC pour optimiser la prescription des antibiotiques et débute des actions similaires dans d'autres secteurs notamment en secteurs chirurgicaux.

La mise en œuvre opérationnelle par la mobilisation des équipes repose sur le suivi du programme émanant du CLIN et décrit dans le PAQSS, chapitre gestion du risque infectieux. L'organisation des conditions d'hygiène des locaux fait appel uniquement aux équipes internes d'ASH formées en interne.

Le plan d'audit est connu, piloté par l'EOH, il est décliné sur le terrain via l'encadrement des secteurs de soins. Les cadres gèrent les audits de pratique et suivent les résultats d'indicateurs et de contrôles réguliers transmis pour leur secteur (consommation de SHA, contrôles de bionettoyage). Ils en présentent les résultats aux équipes afin de définir avec elles si besoin les actions d'amélioration.

La campagne vaccinale à destination des professionnels est organisée en interne en lien avec le médecin du travail, un travail de sensibilisation et un questionnaire destiné à identifier les freins à la vaccination ont permis de doubler le nombre de professionnels vaccinés en 2019. La gestion des AES (accident d'exposition au sang) est organisée, les procédures sont connues et disponibles.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les cadres des services et plateaux techniques s'appuient sur les IDE hygiénistes et les référents pour la communication et la déclinaison du programme de gestion des risques infectieux qui sensibilisent les professionnels à la prévention et aux mesures à suivre.

Les professionnels sont formés régulièrement à la prévention du risque infectieux, à l'hygiène, au bionettoyage (325 personnes formées en 2019).

Le lien est établi avec les services logistiques et techniques notamment en ce qui concerne les contrôles réglementaires dans les secteurs concernés.

La prévention des AES est organisée avec l'affichage de la procédure conduite à tenir immédiate.

Les cadres en lien avec l'EOH organisent et supervisent le lien tuteur-tutoré pour les professionnels nouvellement intégrés.

En lien avec la commission des antibiotiques (CAI) et la pharmacie, une organisation est mise en place pour promouvoir le bon usage des antibiotiques. Un médecin anesthésiste membre du CLIN est référent en antibiothérapie. Les prescripteurs sont formés au bon usage des antibiotiques par le médecin anesthésiste en charge de la CAI. Des outils d'aide sont à disposition : prescription informatisée obligatoirement justifiée par le prescripteur, système d'alerte pour rappeler la révision de la prescription d'antibiotiques dans le délai de 48 à 72 h, surveillance par le pharmacien des prescriptions des antibiotiques à dispensation contrôlée.

Les moyens pour permettre les conditions d'hygiène et de prévention au quotidien sont en place (postes de lavage de mains, nombreux distributeurs de solution hydro-alcoolique à disposition des personnels et des usagers, protections adaptées, informations affichées).

Les procédures de prévention et de surveillance du risque infectieux accessibles via le logiciel de gestion documentaire sont validées par la CLIN et la CME et réactualisées au besoin.

En ce qui concerne les locaux, les marches en avant sont respectés ainsi que les circuits linge (propre-sale) et déchets qui sont organisés et efficaces.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors des visites terrain et des entretiens avec les patients traceur, il a été constaté dans l'ensemble des secteurs que les procédures d'hygiène étaient connues et respectées (hygiène des mains, tenues professionnelles, port de gants, protections et information, traçabilité des actions de bionettoyage). Pour améliorer la gestion des excréta, des lave-bassins ont été installés dans tous les secteurs de soins.

Il a été aussi constaté que les précautions complémentaires étaient appliquées en cas de besoin, intégrant l'information du patient et de ses proches. Des dispositifs dites colonnes, permettant de rassembler l'ensemble du matériel et de l'information à destination des soignants et des visiteurs.

La prévention des transmissions croisées est en place et appliquée avec des prélèvements systématiques de dépistage des BMR et BHRé dans les situations à risque. La traçabilité dans le dossier informatisé en cas de BMR est effective, un système d'alerte sur les fiches de liaison interne notamment service d'hospitalisation – bloc opératoire. En cas de transfert la fiche de liaison comporte un item spécifique concernant le portage BMR.

La surveillance pluriprofessionnelle des ISO avec validation systématique des chirurgiens est opérationnelle, de même que la mise à jour de la procédure d'antibioprophylaxie.

La prévention de la transmission des maladies à prion est organisée et suivie dans les secteurs concernés, la traçabilité est effective sur le dossier de soins.

Concernant la prescription des antibiotiques, les procédures sont connues, une alerte informatique relative à la réévaluation de l'antibiothérapie est paramétrée dans le logiciel de prescription, et cette

réévaluation est réalisée et tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le programme de gestion du risque infectieux validé par le CLIN et la CME intègre la réalisation de nombreux audits, du suivi des infections associées aux soins, de la surveillance de l'écologie microbienne, l'ensemble étant suivi par l'EOH.

Les indicateurs nationaux du TBIN sont suivis et conformes aux attendus y compris l'ICSHA 3 en nette amélioration en 2018.

Des indicateurs sont suivis annuellement :

- qualitatifs zéro bijoux, ISO, nombre d'infections liés aux soins en réanimation,
- qualitatifs : fréquentation du forum hygiène des mains, nombre de réunions du CLIN, nombre de réunion de l'EOH
- Satisfaction : propreté des chambres maternité, service médecine, chirurgie ambulatoire, urgences

Des audits annuels sont réalisés notamment sur l'antibioprophylaxie, les déchets DASRI/DAOM, l'hygiène des mains, la pose de voie veineuse périphérique, les précautions complémentaires, la préparation de l'opéré, le sondage vésical à la maternité, le respect des bonnes pratiques en antibiothérapie, zéro bijoux, le recueil du risque prion et la traçabilité dans les dossiers...

4 EPP sont suivies. La déclaration des événements indésirables en lien avec le risque infectieux est en place, les événements graves peuvent faire l'objet de déclarations sur la plateforme régionale e-sin. Conformément à la pratique de l'établissement, les événements graves sont analysés en RMM, en 2019, 4 réunions ont eu lieu pour analyser notamment 2 cas de rougeole aux urgences et 2 cas d'endophtalmies post opératoire.

A / AGIR

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

La clinique d'Occitanie mobilise le résultat de ses indicateurs en particulier en termes d'actions d'amélioration.

Le programme annuel du CLIN et de l'EOH définit annuellement les actions de surveillance, de prévention de formation, et d'évaluation. Le plan d'actions est défini selon les priorités locales, et notamment en fonction des résultats des indicateurs et de l'analyse des événements indésirables recueillis, en tenant compte des directives et recommandations nationales. Ce plan d'action est articulé avec le PAQSS de l'établissement.

Le plan d'action est présenté et validé au CLIN, à la CME et la CDU de manière annuelle, les membres de la CDU étant invités à chaque réunion du CLIN.

Les actions de communication sont en place à destination des professionnels avec de nombreuses séances de sensibilisation/information proposées par l'EOH (ateliers, quizz, simulation), et la valorisation des précautions standards.

Concernant les BMR, en cas d'isolement des documents spécifiques sont disponibles à destination des professionnels affichés sur les colonnes et pour les patients et les visiteurs sous forme de flyers.

Les indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales sont portés à la connaissance des usagers.

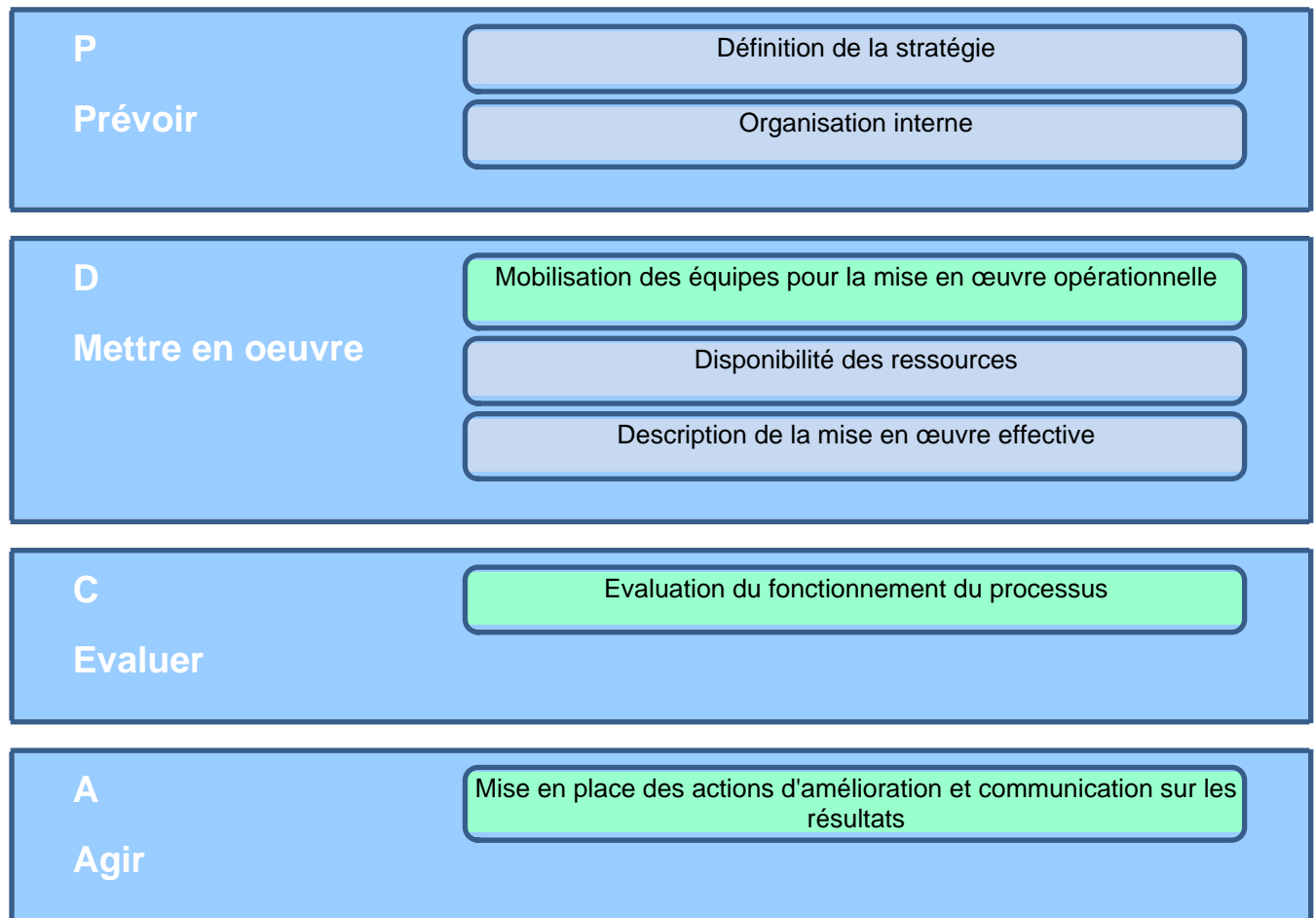
DROITS DES PATIENTS

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

Garantir le respect des droits du patient apparaît est annoncé comme un enjeu fondamental dans la note d'orientation stratégique 2015 / 2020 de l'établissement 2016-2020 où le projet de soins précise les valeurs communes partagées : l'attention et le respect de l'autre ainsi que le droit à l'information du patient et de ses proches. La stratégie est plus particulièrement définie dans une politique "droits des patients" au sein de l'établissement qui reprend les thèmes principaux de dignité, intimité, confidentialité, respect des libertés individuelles ... et en précise les axes prioritaires :

- Mieux intégrer l'information des usagers à toutes les étapes de leur prise en charge
- Développer une politique institutionnelle de bienveillance
- Améliorer la prise en compte des volontés du patient

Il est clairement évoqué la volonté de recherche de l'implication des représentants des usagers et de l'association de bénévoles qui visitent les patients hospitalisés.

Les axes définis correspondent au contexte de l'établissement, identifiés notamment à travers la documentation systématique de l'ensemble des plaintes et réclamations, des événements indésirables spécifiques, des enquêtes de satisfaction internes et du suivi d'indicateurs.

Une analyse des risques a été réalisée au niveau de l'établissement conformément à la méthodologie en vigueur, qui identifie plusieurs risques en lien avec l'information du patient sur son état de santé, l'information institutionnelle des usagers, les droits des femmes et des mineurs, la prise en compte de la volonté du patient et la promotion de la bienveillance. Ces risques sont transversaux, hiérarchisés, ils viennent alimenter le compte qualité.

La stratégie institutionnelle est déclinée dans un programme d'actions, adapté à la taille de l'établissement, qui se présente sous la forme d'un tableur partagé. Les actions définies lors de l'identification des risques sont traduites dans un plan d'actions « droits des patients ». Ce plan d'actions permet de repérer les risques intégrés dans le compte qualité et précise les objectifs, les actions d'amélioration, le pilotage, un délai prévisionnel, des modalités et/ou indicateurs de suivi, l'état d'avancement.

La stratégie a été validée par le comité de pilotage qualité, le bureau de la CME, la direction et présentée en CDU.

ORGANISATION INTERNE

Le processus "droits du patient" est piloté par la directrice des soins en liaison avec la RAQ. Elles siègent toutes les deux en CDU. Les missions des pilotes sont définies dans le cadre d'une fiche de pilotage institutionnelle. Les missions de la nouvelle CDU sont définies et son règlement intérieur est établi. Un comité éthique peut être activé en fonction des sollicitations des services. Il peut, le cas échéant, être intégrer des représentants des usagers en fonction de la nature des besoins.

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires afin répondre aux exigences de cette thématique (identification des médiateurs, personnel de la direction, membres de la CDU). Le plan de formation de l'établissement intègre des actions relatives aux droits des patients correspondant aux orientations de l'établissement dans ce domaine (bienveillance, droits des patients, douleur). Il est proposé une formation systématique aux nouveaux arrivants sur cette thématique lors de leur parcours d'intégration.

Les ressources documentaires afférentes aux respects des droits de patients sont identifiées, adaptées au fonctionnement du processus et intégrées dans l'intranet de l'établissement. Elles concernent, entre autre, la désignation de la personne de confiance, des personnes à prévenir, les procédures de demande de communication de dossier patient, l'annonce d'un dommage lié aux soins, le signalement de maltraitance, le recueil du consentement, la codification des restrictions de libertés et d'isolement, ainsi que l'ensemble des documents relatifs à l'information du patient. Une convention est signée avec une associations de personnes intervenant dans l'établissement pour visiter les patients.

La possibilité pour le patient de saisir la CDU est mentionnée au livret d'accueil qui lui est remis lors de son admission. Ce livret fait référence aux points particuliers traitant des éléments de facturation et se complète d'une fiche d'information à l'intention du patient et/ou de l'entourage sur la CDU et les directives anticipées.

Les ressources matérielles sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des mesures sont mises en œuvre pour assurer le respect de la confidentialité tant dans les secteurs de soins que dans les services administratifs.

Ce processus est placé au centre de l'organisation et en interface avec les processus "parcours, médicament et dispositifs médicaux, hôtellerie restauration, système d'information, dossier patient et management qualité gestion des risques". La gestion des interfaces, entre le comité de pilotage, la CDU, les associations est organisée. Les représentants des usagers participent à la CDU et au CLIN. Ils ont eu communication des documents relatifs au processus.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus déclinent la démarche institutionnelle de respect des droits des patients et le plan d'actions qualité et gestion des risques de ce processus. Ils s'appuient sur l'encadrement de proximité pour partager les objectifs et les procédures concernant les droits des patients, la bientraitance, la vulnérabilité, l'information des patients lors des réunions institutionnelles.

Des actions de communication ponctuelles sont prévues lors des réunions d'équipe et lors des rencontres spécifiques.

La production régulière d'indicateurs (suivi des événements indésirables, suivi des plaintes, enquête de satisfaction générale ou spécifique comme aux urgences ...) permet aux responsables soignants des services de sensibiliser plus spécifiquement les équipes sur des points particuliers afin que les comportements et pratiques soient ajustés. Des actions correctives sont définies chaque fois que nécessaire, suite à un dysfonctionnement relevé par l'intermédiaire du dispositif de signalement d'événement indésirable ou à une observation relevée dans les questionnaires de satisfaction. Des actions correctives sont rapidement identifiées par le service qualité, avec la participation des professionnels et intégrées au programme d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les personnels soignants, les personnels administratifs, sont présents en nombre et animés par la volonté d'offrir un accueil personnalisé et adapté au patient et un soutien à son entourage.

Les personnels bénéficient de formations concernant le respect des droits des patients. Les professionnels sont formés et régulièrement sensibilisés à la prise en compte de la douleur. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés dès leur arrivée au respect des droits des patients.

Les professionnels ont à leur disposition les procédures, modes opératoires, chartes et formulaires portant sur les droits des patients. Ils sont disponibles dans la base de gestion documentaire informatisée accessible à tous et déployée sur tous l'établissement. Les documents sont actualisés et majoritairement connus des professionnels. Le livret d'accueil comprend toutes les informations nécessaires au patient pour connaître ses droits (respect des règles de confidentialités, non divulgation de présence, informatique et libertés, plaintes et réclamations, comité de lutte contre la douleur, lutte contre les infections nosocomiales et hygiène, la transfusion et le don de sang, la bientraitance, le culte, la désignation de la personne de confiance, l'accès aux informations et aux consentements éclairés, ...).

Sur le plan informatique les postes sont nombreux avec le déploiement d'un dossier patient informatisé et les règles de confidentialité attenantes comme une mise en veille systématique en cas de non utilisation. Les ressources matérielles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité (lits électriques, fauteuil adéquats, etc...). Des aides sont apportées pour assurer la déambulation des patients et des personnes en situation de handicap. Des mesures ont été prises par secteurs afin de garantir l'intimité et la dignité des patients notamment dans les chambres à deux lits (rideaux fixés). Des zones de confidentialité existent notamment en secteur d'admission et aux urgences. Sur le plan architectural les locaux ont été adaptés aux normes pour accueillir des personnes à mobilité réduite et/ou personnes en situation d'handicap, l'établissement leur garanti un accès facilité et sécurisé à tous. Il existe d'ailleurs un comité de la prise en charge de la personne en situation de handicap.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des services rencontrés sont sensibilisés à la thématique "droits des patients ». Ils connaissent et mettent en œuvre les dispositions retenues par l'établissement dans ce domaine. Les pratiques favorisent le respect de la l'intimité et la dignité de patients lors des soins.

Les problématiques de prises en charge (pratiques comme éthiques) sont abordées en transmissions orales ou en staff et organisées afin de faciliter la participation de l'ensemble des intervenants.

Lors de l'admission de chaque patient, au moment du recueil des besoins patient, les infirmières identifient les patients les plus vulnérables et sollicitent la mise en place des actions d'accompagnement. A l'entrée du patient une information lui est donné dans le livret d'accueil sur l'ensemble de ses droits. La demande de préservation d'anonymat est organisée tout comme l'accouchement dans le secret.

Le dispositif de recherche des directives anticipées est décliné et, si nécessaire, les professionnels rencontrés tracent également cet élément. Le recueil du consentement aux soins est recherché à l'aide d'un formulaire généralisé pour les actes de chirurgie ou spécifique, confié au patient en parallèle d'une fiche d'information générale. Le recueil de consentement lors de transfusion est effectif. L'identification de la personne de confiance du patient est la règle.

L'accueil et la présence de l'entourage sont organisés et favorisés dans les situations et les secteurs où cela le nécessite et / ou contribue au bien être des patients. Les horaires de visite sont affichés et ont été élargis en service de soins intensifs et de réanimation dans l'intérêt des patients et de leur famille.

Le respect des libertés individuelles est une réelle préoccupation des professionnels. Les restrictions de libertés sont codifiées : isolement septique, mise en place de barrières sur prescription médicale, contention et prise en charge de patients agités. Il en est de même lorsque que la nécessité d'isolé un

patient est nécessaire. L'ensemble des restrictions de liberté est systématiquement réalisée sur prescription, réévaluée au minimum une fois par jour.

La recherche de participation du patient et de son entourage dans la construction et la mise en œuvre du projet de soins est effective dans les secteurs d'hospitalisation qui le nécessitent

La promotion de la bientraitance est un sujet travaillé dans l'établissement. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

Tout au long de la prise en charge, la traçabilité des actions, le recueil des différents consentements, sont assurés dans le dossier du patient, ce que confirment les patients traceurs réalisés. L'accès du patient à son dossier et le recueil des plaintes et réclamations sont tracés et suivis pour en évaluer le délai de réponse et la typologie.

La gestion des interfaces notamment entre la direction, la CDU et les secteurs de soins est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels. Le service qualité présente le bilan des signalements d'événements indésirables, ainsi que le bilan des plaintes et réclamations aux représentants des usagers lors du bilan annuel de la CDU. Les représentants des patients peuvent être associés aux conciliations. La CDU se réunit selon la fréquence réglementaire, les représentants des usagers ont été nommés très récemment. Chaque réunion de la CDU est tracée dans un compte rendu, un bilan annuel est établi.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation du questionnaire de sortie commun à l'établissement et à travers l'exploitation de questionnaires de sortie. Il participe également à l'enquête nationale e-satis.

Différentes évaluations réalisées (audit patient traceur, prise en charge de la douleur) ou programmées (audit personne de confiance) permettent d'objectiver le respect des droits des patients dans les pratiques. L'établissement recueille les indicateurs nationaux.

L'exploitation des données est réalisée sur la base de tableaux de suivi. La politique des droits du patient est réajustée périodiquement à partir du bilan annuel réalisé avec la CDU et communiqué aux instances et à l'ARS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mise en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi des actions et l'analyse des résultats des évaluations permettent d'ajuster le plan d'actions à fréquence définie. Ces actions d'amélioration sont suivies par les pilotes du processus conformément à l'organisation en place et leurs avancées présentées en réunion de COPIL qualité, réunion d'encadrement, CODIR, CME. Les actions identifiées dans le compte qualité et le plan d'actions sont actives ou programmées.

Les résultats des évaluations et du suivi des indicateurs ainsi que des actions d'amélioration mises en œuvre sont communiqués aux professionnels lors des réunions de services et dans le journal interne. La CDU est informée des projets de l'établissement dans ce domaine, du retour des évaluations de la satisfaction, des événements indésirables et des plaintes et réclamations. La communication réglementaire à l'intention des usagers est effective.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

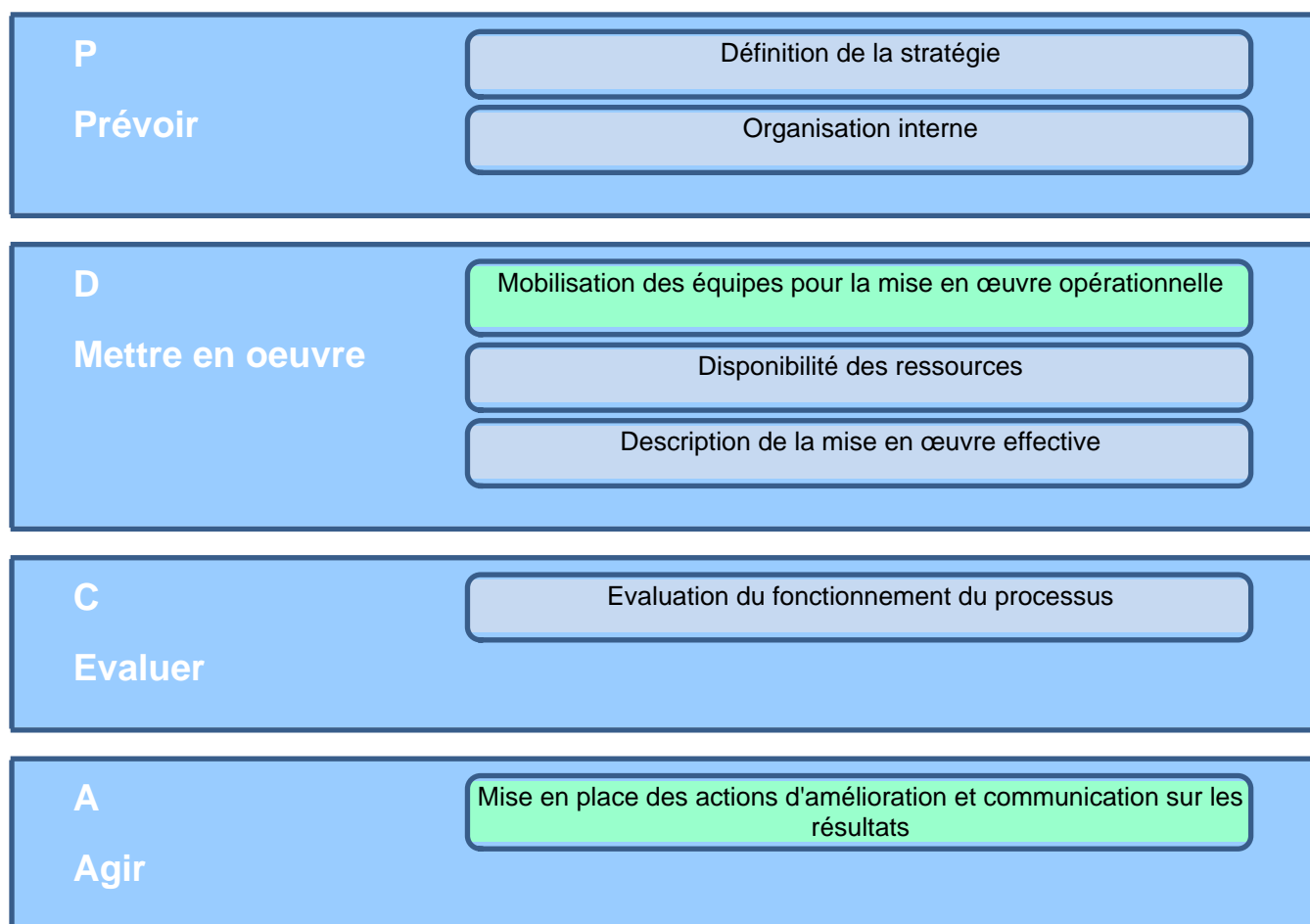
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique d'Occitanie a une capacité de 247 lits et places :

- 106 lits de chirurgie (orthopédie, viscérale, bariatrique, ORL, ophtalmologique, thoracique, gynécologique, urologique ...)
- 49 lits de médecine (dont 8 lits de réanimation et 10 lits de surveillance continue)
- 20 lits de gynéco-obstétrique
- 38 places de chirurgie et médecine ambulatoire, et 12 places de chimiothérapie ambulatoire
- 1 service d'urgences (6 lits d'UHCD)
- 1 plateau technique : 11 salles opératoires, 3 salles d'endoscopie et 3 salles d'accouchement

En raison de son positionnement géographique, la clinique est identifiée par l'Agence Régionale de Santé comme un établissement pivot, lui conférant ainsi un rôle sanitaire de proximité. Afin de répondre aux besoins de la population et accomplir ses missions de service public en lien avec le SROS et le CPOM (2019-2023), l'établissement a rédigé une note stratégique (2015-2020) qui intègre un projet médical et un projet de soins. L'établissement a défini ses orientations et objectifs spécifiques concernant la prise en charge et le parcours patient au sein d'un projet médical qui vise le développement de pôles d'excellence par l'hyperspécialisation et le développement des coopérations avec le secteur public au travers de la formalisation d'un projet médical de territoire.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en s'appuyant sur une cartographie préexistante et actualisée. Les données mobilisées sont les indicateurs transversaux ou de spécialité, les audits de pratique, les événements indésirables déclarés, les résultats des audits patients traceurs. Cinq risques globaux ont été identifiés. Des actions d'amélioration, intégrées au programme global institutionnel de la qualité et de la sécurité des soins, ont été mises en place.

Ces actions sont déclinées dans le plan d'amélioration de la qualité institutionnel de la sécurité des soins (PAQSS) formalisé, priorisé selon la méthodologie HAS et présenté aux instances pour validation.

Il existe une articulation entre le PAQSS et le compte qualité renseigné par les actions prioritaires.

Le programme est suivi en particulier par le COPIL, la CME et le Comité Qualité qui est chargé de la mise en œuvre de la politique qualité, gestion des risques et sécurité des soins.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage du processus parcours patient au niveau institutionnel est porté par le directeur général, le président de la CME et la directrice des soins (coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins). Les pilotes opérationnels sont les cadres de soins qui assurent le déploiement de la stratégie. Les missions des pilotes de processus sont définies au sein d'une fiche dédiée. Le service qualité accompagne le suivi des thématiques parcours avec les responsables. Ce pilotage s'appuie également sur les sous commissions de la CME comme le CLAN, le CLUD, le CLIN et la COMEDIMS.

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

L'organisation interne assure l'adéquation des ressources et notamment des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge. La concertation interprofessionnelle est organisée autour de réunions régulières. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de postes.

Le recrutement des personnels soignants s'organise autour de la fidélisation des vacataires. L'intégration des nouveaux arrivants est organisée : tutorat, journée d'intégration avec focus sur le risque infectieux, la prise en charge médicamenteuse, l'identitovigilance, la déclaration des événements indésirables notamment.

Le plan de formation annuel prévoit des formations en adéquation avec les objectifs de la prise en charge patient. Le plan de formation repose sur les demandes des professionnels et accompagne les enjeux du parcours patient (prise en charge de la douleur, IAO, soins palliatifs, éducation thérapeutique, AFGSU, plaies et cicatrisation, stomathérapie...).

Le système documentaire comporte les procédures et protocoles, formalisés et validés, nécessaires pour la gestion des différentes étapes du parcours patient. La gestion documentaire est informatisée et organisée. L'actualisation des protocoles est suivie en termes de calendrier par le service qualité.

Les ressources matérielles nécessaires (locaux, équipements, ...) sont définies.

La gestion des interfaces est organisée formellement. Le système d'information intègre les besoins des professionnels en termes de traçabilité et de communication entre les acteurs internes et externes. Les interfaces entre secteurs d'activités sont organisées et notamment avec le laboratoire (incrémentation des résultats biologiques dans le dossier patient), la radiologie, les services logistiques (demandes de travaux) et administratifs. Des conventions établies avec les établissements voisins et les réseaux et structures d'appui permettent

la réorientation des patients ou l'accès à des avis spécialisés (CHU de Toulouse pour la prise en charge des urgences psychiatriques et la pédiatrie, CH de Muret pour la gériatrie et l'Équipe Mobile de Soins Palliatifs, réseau 3C Occitanie, Institut du sein du grand Toulouse ...).

L'établissement organise la permanence des soins (gardes, astreintes) et les réponses en cas d'urgences vitales. Les secteurs de soins sont équipés de chariot et sac d'urgence avec vérification tracée par les équipes. La prise en charge des urgences est organisée ainsi que des admissions non programmées.

Une organisation est en place pour prendre en charge les populations spécifiques, notamment les personnes handicapées, les personnes démunies, les personnes âgées et les enfants.

La prise en charge des patients repose sur l'organisation de réunions pluriprofessionnelles notamment en cancérologie et en chirurgie bariatrique.

L'établissement propose trois programmes d'éducation thérapeutique labellisés par l'ARS (prise en charge de l'obésité avant, après chirurgie et sans chirurgie).

Le transport des patients en interne par des brancardiers des services de soins vers les plateaux techniques est formalisé ainsi que les transports externes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Directrice des soins et les cadres de soins de proximité ont participé à l'identification des besoins et des risques de leurs services. Ils s'appuient sur des référents (douleur, pharmacie, hygiène, DPI, identitévigilance, alimentation) pour accompagner les équipes.

Le déploiement des plans d'actions du parcours patient repose dans chaque secteur sur les cadres. Ils communiquent sur les objectifs auprès des professionnels au sein de réunions de service, des staffs et des temps de transmissions. Ils s'assurent de la conformité des pratiques. Les résultats des évaluations sont accessibles sur le logiciel de gestion documentaire informatisée et par le journal interne « OCC Mag ».

Les équipes sont formées à la déclaration des événements indésirables. Les professionnels déclarent les événements indésirables et ont un retour sur les analyses et actions d'amélioration mises en place. Les équipes participent à des CREX, à des RMM (chutes, traçabilité de la vérification ultime avant départ au bloc opératoire). Des "patients traceurs" ont été effectués dans tous les secteurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les services.

Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge aussi bien quantitativement qu'en termes de qualifications. Des dispositions sont mises en œuvre par les cadres pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients, dans le cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents (pool de remplaçants, intérimaires...). Les effectifs permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés. Les listes de gardes et astreintes de toutes les spécialités sont retrouvées dans le logiciel de gestion documentaire.

En termes de qualifications l'établissement dispose de personnes ressources référentes pour les équipes : IDE d'annonce et soins de support, douleur, hygiène, alimentation, oncologie, stomathérapie, réflexologue, plaies et cicatrisation, ETP, ...). Les professionnels sont formés à la prise en charge de l'urgence vitale. Le plan de formation permet l'accès à des formations diplômantes adaptées aux besoins des prises en charge (IOA, DU douleur, DU sommeil, DU hypnose...). La clinique accueille dans ses locaux les bureaux de consultation de l'association ANPAA 31. Elle dispose aussi d'un centre de plaies et cicatrisation « OC'Cica ».

La gestion documentaire actualisée est mise à disposition des équipes : procédures, protocoles, sous forme informatisée. Des procédures pour les soins courants sont accessibles. Les documents d'information et de conseils élaborés à destination des patients sont disponibles (plaquettes, flyers) : livret d'accueil, documents de sortie, carnet en cancérologie.

Le matériel d'urgence vitale est disponible et opérationnel. Les chariots d'urgence sont en place dans tous les secteurs y compris pour les urgences pédiatriques, en secteur ambulatoire et aux urgences. Les procédures d'appel d'urgence sont affichées et connues des professionnels. Les modalités de traçabilité de la conformité des dispositifs sont connues et appliquées. Elles ont fait l'objet d'un plan d'action compte tenu du risque relevé lors de l'élaboration de la cartographie du processus. Les verrous sont contrôlés quotidiennement et le contenu du chariot mensuellement comme les visites dans les services ont pu le montrer.

Les locaux sont adaptés. L'établissement dispose de chambres adaptées aux personnes à mobilité réduite et aux patients obèses. Les ressources en matériels sont adaptées aux besoins des professionnels : matériels de soins, de transfert et matériel informatique (poste, imprimante-fax...). La maintenance curative et préventive est organisée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours selon la définition spécifique de chaque secteur. Les contrôles de l'identité du patient sont organisés tout au long du parcours. Un bracelet d'identité est

posé dès l'entrée du patient.

L'évaluation initiale et continue de l'état de santé est réalisée dans des délais compatibles avec les exigences de la prise en charge, complète et tracée dans le dossier, comme en attestent les "patients traceurs" réalisés ainsi que les visites terrain (chirurgie, médecine, ambulatoire). Les projets de soins personnalisés, intégrant la réflexion bénéfico-risque, établis en concertation avec les professionnels concernés et impliquant le patient et son entourage, réadaptés en fonction de la nécessité de la prise en charge sont tracés dans le dossier patient. L'établissement participe aux RCP cancérologie et bariatrique. Les fiches RCP sont intégrées dans le dossier patient informatisé.

Les activités de rééducation-réadaptation s'organisent avec L'Institut Toulousain d'Expertise et Performance Sport et Santé présent sur le site de la clinique.

Le repérage du risque suicidaire est tracé dans le dossier patient informatisé. Il a fait l'objet d'un plan d'action spécifique suite à l'identification d'un risque (défaut de traçabilité) dans le compte qualité.

Le dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est mis en place. Les gardes et les astreintes existent dans tous les secteurs d'activité afin d'assurer la permanence des soins 24H/24H. Les tableaux des astreintes sont accessibles dans tous les services. La prise en charge des urgences vitales est opérationnelle dans chaque secteur d'activité. Les professionnels se sont appropriés et mettent œuvre la procédure "conduite à tenir en cas d'urgence vitale".

Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif. Les données sont suivies par la diététicienne qui propose un avis pour une prise en charge nutritionnelle, au médecin le cas échéant. Si nécessaire, le service de la restauration peut préparer des textures particulières, régimes ou apports enrichis.

Les prescriptions de contentions si besoin sont tracées et réévalués par le médecin prescripteur.

La prise en charge de la douleur est effective. Le CLUD anime cette prise en charge en proposant de nombreux outils : échelles d'évaluation verbales et non verbales y compris pour les enfants, recommandations sur « les mots qui font mal, les mots qui font du bien », utilisation du MEOPA selon les situations, mise en place du « Pentrox » au niveau du service des urgences pour la traumatologie.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est opérationnelle (personnes âgées, enfants, patients handicapés). L'établissement un Comité de la prise en charge de la personne en situation de Handicap (COPESH). Il permet une prise en charge personnalisée de cette population (horaires de consultation repensés et adaptés) et la création d'outils facilitateurs comme par exemple la « mallette de communication » disponible dans chaque secteur ainsi que des ardoises en réanimation.

Des temps de transmission permettent une coordination pluriprofessionnelle sur la prise en charge des patients. Des staffs pluridisciplinaires sont en place. La coordination entre les acteurs médicaux, paramédicaux, sociaux et les autres intervenants dans la prise en charge (psychologues, diététiciennes ...) est effective : leurs observations respectives sont tracées dans le dossier du patient. Le travail en équipe est encouragé.

L'établissement met en œuvre des actions d'éducation sur la prise en charge de l'obésité avec 3 programmes validés par l'ARS. L'équipe bariatrique accompagne le patient tout au long de sa prise en charge en pré et post opératoire. Un programme spécifique est dédié aux patients présentant une obésité morbide non éligible à la chirurgie bariatrique. Un programme d'ETP en stomathérapie est en cours de validation par l'ARS.

Dans tous les secteurs, la sortie du patient est anticipée dès la programmation de l'hospitalisation. Elle est organisée par les cadres de santé (l'établissement ne disposant pas de poste d'assistante sociale) avec les partenaires du territoire : services sociaux de proximité, Équipe Mobile de Gériatrie, CARSAT, HAD, PRADO). L'établissement utilise le logiciel Trajectoire. Les documents de sortie sont remis au patient dans une « pochette-sortie » pour assurer la continuité des soins. La remise du courrier de sortie et l'envoi au médecin traitant font l'objet d'une attention particulière. Un bulletin de sortie et un document aptitude à la rue sont remis aux patients du secteur ambulatoire.

Les demandes d'examens de laboratoire et d'imagerie médicale sont réalisées via le dossier patient informatisé. Les résultats sont transmis informatiquement. Le réseau est totalement sécurisé. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Des patients traceurs ont été effectués par l'établissement (15 en 2019).

Le service qualité apporte son concours en termes de méthodologie et d'appui pour le suivi du processus. Ce suivi s'appuie sur des outils tels que les indicateurs nationaux, des audits (chariot d'urgence, prise en charge de la dénutrition, de la douleur, traçabilité dans le DPI du risque suicidaire...), le suivi des événements indésirables, les questionnaires de satisfaction, les résultats de l'enquête E- Satis. Les instances (CLUD, CLAN, CIV, ...) produisent des bilans annuels d'activité.

L'évaluation se fait sur la base d'un tableau de bord d'indicateurs suivi par la direction des soins et la cellule qualité. Un suivi des indicateurs est organisé a minima 2 fois/an entre les pilotes institutionnels et opérationnels. La variation des indicateurs est analysée pour identifier des actions correctives. Un bilan

de la mise en œuvre du PAQSS est réalisé 2 fois /an par le COPIL.

A / AGIR

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

L'analyse des résultats par les pilotes et les professionnels concernés donne lieu à des actions d'amélioration en fonction des résultats obtenus aux évaluations et en fonction des indicateurs. La variation des indicateurs est analysée pour identifier des actions correctives. Exemples d'actions d'amélioration mises en œuvre : mise en place d'un Comité chutes, réorganisation du suivi des chariots d'urgence avec sensibilisation-information des professionnels, création d'un « Passeport » en ambulatoire et en endoscopie afin d'accompagner les patients tout au long de leur parcours.

L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le Programme d'actions qualité institutionnel. La communication des résultats et actions est réalisée auprès des professionnels par le biais du logiciel de gestion documentaire, le journal interne joint aux bulletins de paie, et lors des réunions d'équipe et de la CME.

Les usagers sont informés par voie d'affichage (indicateurs) et les représentants lors des réunions de la CDU.

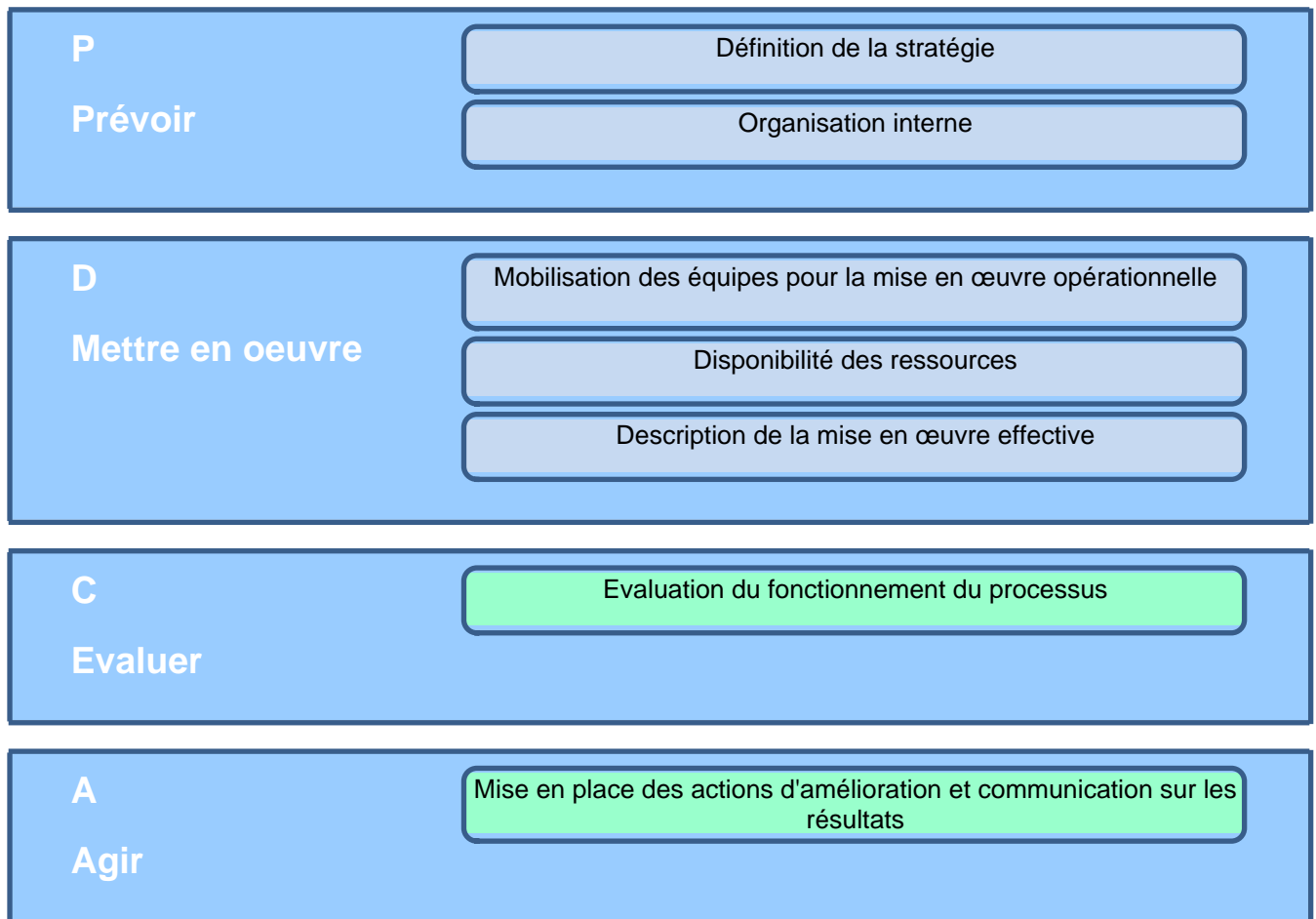
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini dans sa note d'orientation sa stratégie de gestion du dossier patient. La politique dossier patient qui en précise les 5 axes principaux :

- Garantir la complétude du dossier patient à toutes les étapes de la prise en charge
- Sécuriser le partage d'information par la mise en œuvre d'un dossier patient unique
- Veiller à garantir l'accès du patient à son dossier
- Développer le dossier patient informatisé
- Développer la continuité des informations auprès des professionnels libéraux

Cette politique est définie en lien avec la politique de sécurisation des systèmes d'information.

Chacun de ces axes est décliné à partir des objectifs d'amélioration identifiés à la suite d'une analyse des risques a priori, en tenant compte de l'existence des différents logiciels utilisés aux différentes étapes aboutissant à l'admission d'un patient et d'un dossier papier résiduel coexistant.

Les principaux risques du processus du dossier patient ont été identifiés à partir d'audits internes, de l'étude de fiches d'événements indésirables, de résultats d'indicateurs nationaux, des EPP. Cette analyse de risque a priori, menée sur différentes années, identifie plusieurs risques prioritaires. Les risques identifiés sont hiérarchisés selon une méthode définie au niveau de l'établissement et alimentent le compte qualité.

Des objectifs d'amélioration sont déterminés en lien avec les mesures de traitement des risques identifiés. Ces objectifs sont à la fois décrits dans un document global constituant le programme d'amélioration de la qualité (PAQSS) de l'établissement et dans la partie « plan d'actions » du compte qualité, le compte qualité étant une extraction du plan institutionnel pour les risques majeurs recensés.

Le plan d'actions permet de repérer les risques intégrés dans le compte qualité et précise les objectifs, les actions d'amélioration, le pilotage, un délai prévisionnel, des modalités et/ou indicateurs de suivi, l'état d'avancement. Cette stratégie est validée par le comité de pilotage qualité (COPILO), la direction et le président de la CME.

ORGANISATION INTERNE

La responsabilité de ce processus est confiée à un cadre infirmier dédié sur cette mission transverse à l'échelle de l'établissement, les missions de pilote de processus est définie conformément à l'organisation institutionnelle dans une fiche de mission de la fonction de pilote, validée. Il agit en coordination avec le COPIL qualité et du COPIL SI (comité de pilotage des systèmes d'informations).

Au regard des besoins identifiés, l'établissement prévoit les ressources en effectifs et compétences permettant d'assurer la mise en œuvre opérationnelle. La formation est structurée. Ce cadre référent se rend disponible autant que de besoin pour la formation des nouveaux arrivés.

Les ressources documentaires concernant ce processus (procédures, protocoles) sont formalisées, actualisées et diffusées au sein de la gestion documentaire électronique. Elles concernent, entre autres, la tenue du dossier patient, le rangement et l'archivage du dossier et la transmission du dossier médical sur demande d'un patient. Un guide d'utilisation dossier patient informatisé reprend les règles de gestion du dossier informatisé (soins et administratif), sa tenue, sa composition, son utilisation.

Les règles d'accès sont définies et sécurisées.

Le dossier patient est informatisé pour l'ensemble des secteurs à l'aide d'un logiciel dossier patient informatisé (DPI). Pour l'ensemble des logiciels, les habilitations et droits d'accès sont définis. Des interfaces sont organisées pour consulter en direct le logiciel utilisé par l'imagerie médicale, celui utilisé par les cabinets libéraux ou encore celui l'établissement Français du Sang. Les résultats de biologie sont intégrés automatiquement dans le dossier informatisé. Les données du dossier patient font l'objet d'une sauvegarde régulière. Des procédures dégradées en cas de panne informatique existent et le plan de reprise d'activité est établi.

En parallèle de cette organisation, il subsiste quelques documents papiers (personne de confiance, directives anticipées, consentement éclairé et droits d'opéré pour les mineurs). Pour les documents papier, l'organisation prévoit de tous les scanner et de les intégrer au dossier patient en fin de séjour.

Une organisation est identifiée pour assurer l'accès du patient à son dossier, le livret d'accueil, la charte de la personne hospitalisée assurant son information quant aux droits d'accès à ses informations.

Les ressources matérielles (locaux de sauvegarde des données et locaux d'archivage, équipements, maintenance, etc.) sont prévues dans l'établissement. Des matériels informatiques fixes et mobiles sont déployés au sein de tous les secteurs. Les dossiers médicaux papiers sont archivés au sein de l'établissement (des règles d'accessibilité sont en place), l'ensemble des pièces constitutives du dossier est scanné dans le DPI.

La gestion des interfaces et la connexion des applications et des différents logiciels utilisés en interne sont organisées pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La réalisation de l'analyse des risques puis la définition du plan d'actions ont été élaborés par le cadre référent en coordination avec le COPIL DSI et qualité. Le plan d'action spécifique à cette thématique reprend en détails les différentes étapes de constitution d'un dossier patient, de règles de gestion de celui-ci, de la constitution des documents de sortie. Les objectifs les plans d'actions relatifs à l'informatisation du dossier patient, à sa gestion et à l'accès du patient à son dossier sont déclinés dans l'ensemble des secteurs.

Le cadre sur cette mission transversale et l'ensemble de l'encadrement ont eu à charge de communiquer auprès des équipes en complément de la communication institutionnelle réalisée à différentes étapes. Les cadres des secteurs sont en charge de la sensibilisation des professionnels et des actions correctives sont menées en cas de dysfonctionnements constatés. Ils s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les professionnels sont également sensibilisés par l'intermédiaire du journal interne, du logiciel.

Le cadre en charge du DPI fait vivre les démarches EPP, coordonne des audits de cette thématique, par secteur et fait évoluer ces critères d'évaluation. Il exploite les fiches d'évènements indésirables afférents à ce processus avec la cellule qualité. Les professionnels sont sollicités pour participer aux démarches concernant leurs secteurs d'activité. Ils sont informés des résultats des évaluations et des mesures correctives qui sont prises, par un contact direct de ce cadre dans les unités, lors des réunions de service animées par leur cadre de proximité.

Des retours d'expériences sont régulièrement assurés. Le travail collectif permet de structurer, les prises en charge autour des décisions communes prises au sein de l'établissement par le COPIL. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (anomalies en interne, résultat d'audit, baisse d'indicateurs) par le pilote avec la participation des professionnels du terrain.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence sont disponibles. Ces ressources impliquent le pilote du dossier, les membres du COPIL DS, COPIL qualité, les personnes ressources spécifiques comme, secrétariat, accueil, régulation, les techniciens TIM et le médecin DIM. Les professionnels sont formés à l'utilisation du logiciel patient informatisé par ce cadre référent, les cadres de secteurs. Les nouveaux arrivants reçoivent une formation à leur arrivée au sein de l'établissement. L'accès au dossier (accès aux applications) est en place selon la procédure en vigueur pour l'ensemble des personnels. C'est le cadre en charge du DPI donne aux personnels les droits à l'utilisation du logiciel par des codes d'accès, en fonction de la qualification. Une procédure est en place pour l'intervention de personnels de remplacement et plus spécifiquement pour les médecins remplaçants.

La documentation mise à jour est disponible dans l'espace documentaire informatisé et ce, sur l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. Elle concerne l'ensemble des procédures (guides de tenue du dossier, tutoriel) et les formulaires dont ceux à destination du patient. Il existe une procédure de secours, de continuité d'activité en cas d'indisponibilité du logiciel et un numéro d'appel à joindre 24H / 24 H ainsi qu'une procédure de reprise d'activité.

Les ressources matérielles font l'objet d'un d'investissement de suivi et de maintenance préventive et curative en concertation entre la direction, le service informatique et le groupe d'appartenance. Les locaux et équipements nécessaires sont en adéquation avec les besoins dans l'ensemble des secteurs d'activité. Les documents papiers restant sont sécurisés dans les salles de soins fermées par digicode. Les locaux d'archivage permettent d'assurer la conservation et l'accessibilité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne du dossier du patient et respectent les règles et les circuits. Ces éléments concernant la tenue du dossier sont vérifiés lors des audits de processus et des patients traceurs réalisés.

La coordination des professionnels autour du dossier est facilitée par un mode de classement et d'utilisation du dossier, harmonisé dans l'ensemble des secteurs d'hospitalisation et par un accès partagé au logiciel DPI. La coordination entre les professionnels des secteurs de soins s'appuie également sur des transmissions journalières. Les secteurs sont organisés pour recueillir les informations utiles depuis la consultation (préadmission), l'admission, le séjour jusqu'à la sortie. Les différentes interfaces entre les différents logiciel sont opérationnelles. Au moment de la préadmission réalisée par les secrétaires administratives, le recueil des informations est assuré par les professionnels au regard des vérifications d'usage (identité, carte de sécurité sociale), la saisie des coordonnées du patient respecte les recommandations (nom de jeune fille par exemple).

A l'admission, les professionnels s'engagent à relever des informations en systématique (recueil de la personne de confiance, recueil des besoins, de la douleur, du poids...) et les formulaires signés par le patient (personne de confiance, consentement éclairé).

Au cours du séjour, l'ensemble des professionnels (médecins, paramédicaux, ...) assure un suivi de la

prise en charge en traçant dans le dossier patient informatisé les informations recueillies en temps réel afin de permettre la continuité de la prise en charge des patients.

Tous les dossiers consultés en visite montrent une traçabilité des intervenants et des soins réalisés au patient dans le respect de la confidentialité des données : les écrans sont systématiquement réduits sur les chariots de soins lorsque les soignants ne les utilisent pas ou entrent en soins dans les chambres. Les médecins assurent la traçabilité de leurs observations et les prescriptions.

Les documents papier encore existants sont scannés et intégrés dans le dossier informatisé en fin de séjours afin d'être aisément consultables par les praticiens. L'ensemble de documents papiers comme le dossier d'anesthésie sont rangés dans la pochette identifiée au nom du patient, dans la salle de soins. L'ensemble des prescriptions médicales sont informatisées.

Les éléments constitutifs de la sortie sont définis. Les comptes rendus d'hospitalisation sont réalisés lors de la sortie, respectent les délais définis par la réglementation. Les correspondants externes reçoivent un courrier de sortie concernant leurs patients pour la plupart des secteurs d'activité, le compte rendu de séjour du patient ainsi que le traitement de sortie. Le cas échéant compte rendu opératoire est également adressé par courrier au médecin traitant et au médecin receveur si le patient rejoint une structure d'aval.

L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil (distribué à son entrée). Une organisation pour l'accès du patient à son dossier est effective, avec un suivi des demandes et des délais de réponse assurés dans le respect de la réglementation. Ces informations sont partagées avec la CDU.

Les interfaces entre secteurs et spécialités (anesthésie, radiologie, biologie, chirurgie, dossier de soin, kinésithérapie, ...) sont opérationnelles. La communication est effective entre les établissements partenaires (SSR, Trajectoire...). La communication avec les correspondants externes est réalisée sur la base des comptes-rendus d'hospitalisation, et de fiches de liaison.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure très régulièrement l'évaluation de la gestion de tenue du dossier sur la base d'outils identifiés : recueil des indicateurs nationaux IQSS, recueil des indicateurs, réalisation d'EPP et d'audits ciblés, suivi des demandes de dossiers des patients, délai de transmission des dossiers aux patients ou ayants droit. Ces indicateurs et résultats permettent de cibler les actions correctives utiles, communiquées aux responsables de secteurs.

Le recueil et le traitement des indicateurs sont assurés par le cadre dédié au DPI et la cellule qualité aidé des cadres de services. Les données recueillies se structurent dans un tableau de bord processus dossier patient. Les différents résultats sont présentés au COPIL qualité et aux instances concernées au moins une fois par an. Le bilan de la CDU comprend toutes les informations relatives à la communication de dossier aux patients.

A / AGIR

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

Il existe un dispositif de suivi structuré des actions d'évaluation et d'amélioration. Des actions d'amélioration (complétude du dossier patient, signature personne de confiance) sont mises en œuvre suite aux résultats des évaluations réalisées (évaluations des scores de conformités,...), aux résultats des indicateurs IQSS. Elles sont introduites dans le PAQSS en cohérence avec le compte qualité. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer la mise en place d'éventuelles mesures complémentaires et ce, au moins deux fois par an.

La communication et la diffusion des résultats et actions d'amélioration sont assurées par l'encadrement, le journal interne diffusé nominativement à l'ensemble des personnels de l'établissement et disponibles dans la GED ainsi qu'au niveau des instances dont la CME. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des évaluations sont communiqués aux instances dont notamment COPIL qualité, CODIR, CME et la CDU.

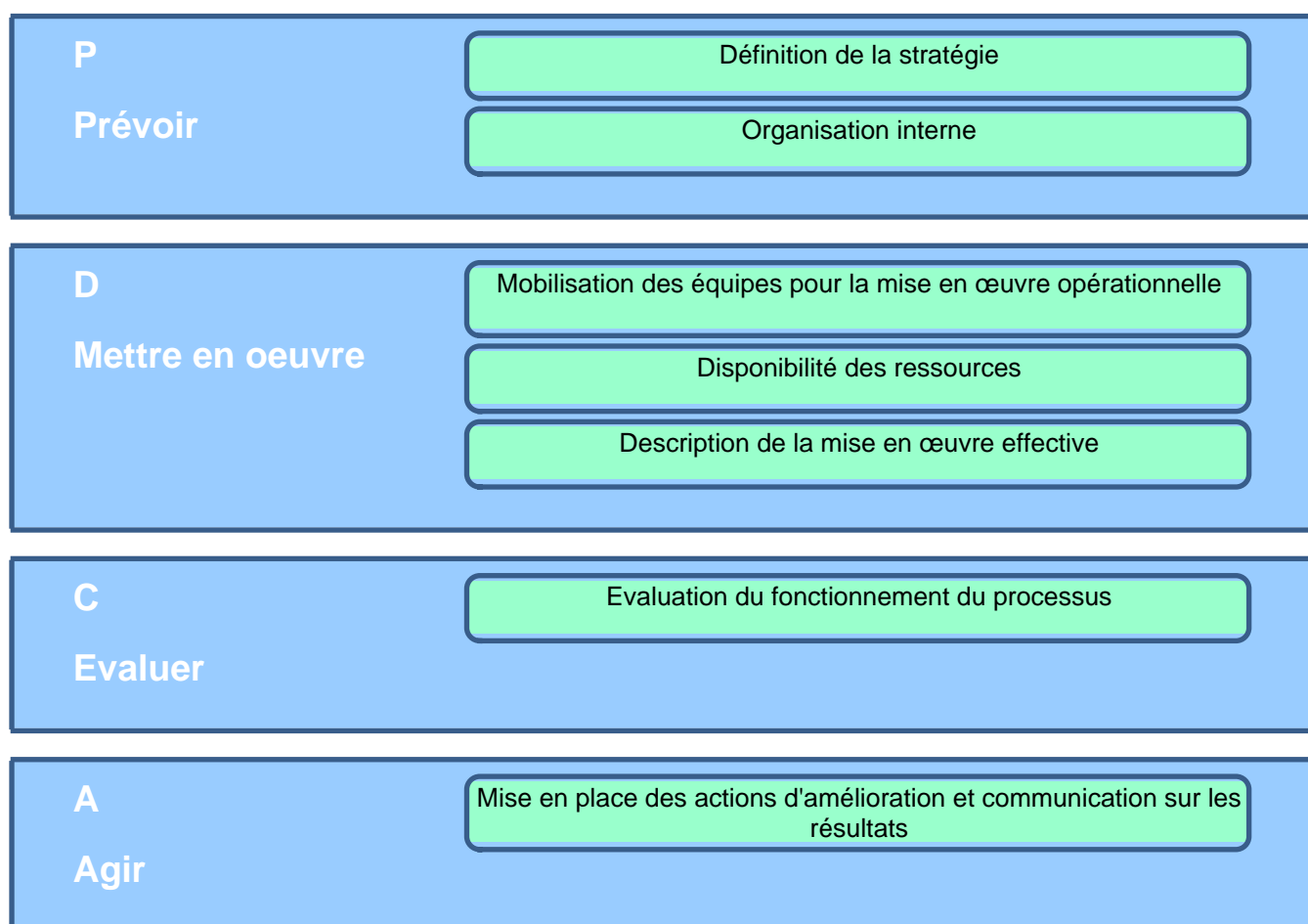
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 clinique d'Occitanie dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) assurant des activités d'approvisionnement et de gestion pharmaceutique ainsi que des activités de pharmacie clinique. La PUI dispose d'une Unité de Reconstitution Centralisée des Cytotoxiques (URCC).

La politique de sécurisation de la Prise En Charge Médicamenteuse (PECM) est un axe stratégique inscrit dans la Politique Qualité et Gestion des Risques 2019-2023. Elle est validée par la Conférence Médicale d'Établissement (CME). 17 axes prioritaires ont été définis, visant à l'utilisation sécurisée, appropriée et efficiente du médicament chez le patient pris en charge dans l'établissement. Elle tient compte des obligations réglementaires, du contrat d'amélioration de l'efficacité de la qualité des soins (CAQES), d'une identification des missions de l'établissement en termes de prise en charge médicale et de l'analyse des risques.

Ces risques ont été définis lors de la révision des deux cartographies liées au processus : le circuit du médicament et le circuit des chimiothérapies. Elles sont alimentées par le recueil des IPAQSS, les événements indésirables sur le circuit du médicament, les résultats des analyses ainsi que les résultats des audits de pratiques.

La priorisation effectuée selon une méthode reconnue a permis d'inscrire 3 risques récurrents dans le compte qualité. Cette démarche, présentée au comité du médicament et des dispositifs médicaux (COMEDIMS) et en CME a été validée par les instances. Elle est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les modalités de sa mise en œuvre sont définies. Son suivi régulier en COPIL permet un réajustement si besoin. Le bilan annuel est présenté en CME.

Le plan d'actions de la PECM est articulé avec le Programme d'Actions Qualité et Sécurité des Soins (PAQSS) et le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le processus est piloté par le pharmacien gérant, un médecin réanimateur (réfèrent antibiotiques), un cadre de santé (réfèrent Dossier Patient Informatisé). Une aide méthodologique est apportée par la responsable qualité qui a été désignée Responsable du Système de Management de la Politique Qualité de la Prise En Charge Médicamenteuse (RMPQPECM). Des fiches de missions encadrent leur activité de pilotes de processus. Le Manuel d'Assurance Qualité (MAQ) de la PUI de 2019 décrit les ressources et les organisations visant à garantir la qualité et la sécurité de la PECM. Il comprend en annexe la politique spécifique à la prise en charge de la personne âgée.

La formation sur les erreurs médicamenteuses et les médicaments à risques est assurée en interne par les pharmaciens. La déclaration des événements indésirables liée aux médicaments est effective et donne lieu à des analyses et à des CREX.

L'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires, nécessaires à l'atteinte des objectifs liés à la prise en charge médicamenteuse.

Les ressources humaines sont en nombre et avec les compétences requises (y compris sur l'URCC). Les pharmaciens sont remplacés lors de leurs absences. L'établissement n'assure pas d'astreinte pharmaceutique. La continuité est organisée par une procédure de commande pour besoins urgents ou en dehors des heures ouvrables (armoire sécurisée déportée en réanimation, approvisionnement sur la pharmacie de garde de Muret, ou au CHU pour les traitements hospitaliers). La gestion des interfaces entre la PUI et les secteurs de soins est organisée pour ce qui concerne les avis pharmaceutiques et l'information des prescripteurs et des personnels soignants.

Des IDE "réfèrents pharmacie" sont désignées dans chacun des services. Leur rôle est défini dans le cadre d'une fiche spécifique. Ils assurent le lien entre les services de soins et la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Des procédures formalisant l'organisation des différentes étapes du circuit du médicament (prescription, dispensation, transport, stockage, administration) sont validées et mises à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire. Toutefois, des références documentaires ne sont pas toujours en cohérence avec les pratiques de certains services. En pratique, dans certains secteurs (notamment en secteurs de maladies digestives, soins continus), des casiers de rangement de traitements per os portent le numéro de la chambre. Les professionnels précisent qu'ils s'agit des casiers de patients présents mais qui n'ont pas de traitement per os. Ce casier vide et non utilisé reste donc avec le numéro de la chambre. Le MAQ de l'établissement ne décrit pas cette pratique.

Les ressources matérielles, les locaux et les équipements au sein de l'établissement permettent de répondre et de mettre en œuvre les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

La pharmacie dispose des moyens nécessaires au transport sécurisé de la dotation globale des médicaments nécessaire aux services y compris des contenants thermosensibles. Des réfrigérateurs d'amont et d'aval permettent le respect de la chaîne du froid. Les surveillances de température sont organisées et suivies.

La prescription médicamenteuse est déployée sur l'ensemble de la clinique dans le dossier patient informatisé DPI. Des règles et des supports d'aide à la prescription validés par les prescripteurs sont disponibles : base de données informatisée, guide de prescription des antibiotiques de première intention, livret thérapeutique... Un logiciel métier spécifique (relié au DPI) permet les prescriptions des chimiothérapies. Le pharmacien dispose de l'ensemble de la liste des prescripteurs. Des ordinateurs fixes, portables et tablettes sont disponibles. Une organisation est prévue en cas de panne informatique. La Wi-Fi est déployée dans tous les secteurs d'activité. Les traitements personnels des patients sont gérés dans le cadre d'une procédure spécifique. Une veille réglementaire est effective. Les alertes montantes et descendantes, en lien avec l'ANSM, sont organisées. Les locaux de la PUI sont sécurisés (caméras et visiophones) ainsi que les espaces pharmacies dans les salles de soins (sécurisation à codes). Néanmoins, au cours de la visite, il a été constaté qu'une procédure autorisait l'accès à la PUI à un IDE de réanimation en dehors de la présence d'un pharmacien en cas d'activation de l'alarme de température des réfrigérateurs de ce local. Cette alarme est reportée par mail à l'accueil de la clinique. Suite à ce constat, l'établissement a fait preuve de réactivité en modifiant son mode opératoire : un pharmacien se déplacera afin de prendre les mesures nécessaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement des secteurs d'activité et les pharmaciens, s'assurent du respect des bonnes pratiques au quotidien et échangent avec les professionnels lors des transmissions d'équipes. Des audits couvrent l'ensemble du circuit du médicament. Les résultats génèrent des améliorations de pratiques. Des EPP sont réalisées : pertinence de prescription des médicaments pour la personne âgée, pertinence de l'antibioprophylaxie. Les résultats des indicateurs, audits (contrôles de la dotation et du rangement des médicaments dans les armoires à pharmacie, chevauchement des prescriptions, par exemple) sont disponibles dans la gestion documentaire et relayés dans le journal interne. Ils sont communiqués en CME où les praticiens sont sensibilisés régulièrement notamment à l'utilisation des LAP mis à leur disposition par l'établissement.

Les équipes sont incitées à déclarer les événements indésirables médicamenteux avec une réponse via le logiciel de déclaration. Des RMM sont organisés (3 en 2019). Les IDE référents PECM participent à la mise en place des actions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources et les compétences répondent aux besoins et à l'atteinte des objectifs, tant au niveau de la PUI que de l'URCC. Le COMEDIMS est opérationnel. Il dispose d'un règlement intérieur.

L'équipe de la PUI est composée de 2 ETP pharmaciens (dont 0,5 ETP) affecté à la validation et à la libération des poches de chimiothérapie, 4 ETP préparateurs en pharmacie formés au travail en URCC, 1 gestionnaire des DMI et 1 magasinier.

Une infirmière référente est retrouvée dans chaque unité. Dans chaque secteur, un binôme IDE référent / préparatrice est défini. Il a en charge le suivi des traitements des patients et des dotations de médicaments et DMS du secteur. Des formations sont réalisées en interne par les pharmaciens pour les nouveaux arrivants sur les risques liés à la prise en charge médicamenteuse. Des actions de sensibilisation au risque iatrogène, aux erreurs médicamenteuses, aux médicaments à risques sont menées lors des semaines sécurité, et au cours des ateliers « sécurisons ensemble le circuit du médicament ».

Les procédures sont disponibles dans les services de soins via le logiciel de gestion documentaire. Elles couvrent l'ensemble de la prise en charge médicamenteuse : réception et gestion des dotations pour besoins urgents, dotations individuelles, règles d'administration, gestion des traitements personnels, gestion des stupéfiants, liste et modalités de gestion des médicaments à risque, recommandations pour l'écrasement des comprimés et ouverture de gélules, liste des équivalences des médicaments,

Le livret thérapeutique est intégré au logiciel de prescription des médicaments. Un guide de bon usage des antibiotiques est à disposition des prescripteurs sur le logiciel de gestion documentaire. La prescription chez le sujet âgé a fait l'objet de l'élaboration d'un guide informatisé en collaboration avec l'équipe mobile de gériatrie du CH de Muret. Le médecin co-pilote du processus aidé du cadre référent du DPI ont élaboré et paramétré de nombreux protocoles de prescription pour l'ensemble des services afin de simplifier et sécuriser à la fois la prescription et l'administration des traitements.

Dans l'ensemble des secteurs de soins visités, les salles de soins sont sécurisées. Les armoires à pharmacie, coffres à stupéfiants sont conformes à la réglementation en vigueur et fonctionnels. Les unités de soins sont dotées de réfrigérateurs destinés aux médicaments thermosensibles (surveillance des températures centralisée sur la PUI). Les professionnels disposent de matériels adaptés pour assurer la préparation des médicaments selon les règles de bonnes pratiques. Ils disposent également, de chariots sécurisés destinés au stockage des dotations globales, individuelles, et à l'administration des traitements. Ce chariot est équipé d'un ordinateur portable. Chaque unité est équipée d'un chariot d'urgence opérationnel dont le contenu est contrôlé mensuellement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de la prise en charge médicamenteuse sont définies dans le manuel qualité de la pharmacie. Les professionnels, en grande partie formés au risque d'erreur médicamenteuse et à la déclaration des EI, connaissent le support de déclaration sur le logiciel dédié.

Les prescriptions médicales sont conformes dans le cadre de l'informatisation du circuit. La liste des prescripteurs habilités est formalisée. La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus, le patient quittant l'établissement avec un traitement prescrit.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet des patients incluant le traitement personnel est déployée. Les pharmaciens ont accès aux données biologiques et au dossier du patient. La conciliation est en cours de déploiement afin de répondre aux exigences du CAQES (24 cas/an). La population ciblée concerne les patients provenant des urgences avec programmation d'un acte chirurgicale urologique ou vasculaire. Les pharmaciens déclarent auprès du fabricant et de l'ANSM les anomalies constatées. La gestion des alertes descendantes pour les retraits de lot est gérée par les pharmaciens aux heures d'ouverture. Les alertes reçues le soir et le week-end sont gérées par les cadres de garde.

De manière générale, chaque secteur d'activité bénéficie d'une dotation globale validée pour les médicaments les plus fréquemment utilisés. Le renouvellement de la dotation s'effectue sous forme de dispensation à délivrance globale. Il s'effectue majoritairement par le biais d'un système « plein-vide ». Les médicaments ne relevant pas de la dotation de service (traitement personnel du patient, antibiotiques notamment) font l'objet d'une dispensation nominative sur prescription. Il n'y a pas de préparation par pilulier.

Les conditions de transport des médicaments sont conformes en termes de sécurité, d'hygiène et de respect des températures pour les médicaments thermosensibles.

Les stupéfiants sont délivrés à partir d'une dotation globale. Les infirmiers ou les cadres se chargent du réapprovisionnement avec un double contrôle effectif. Le transport est sécurisé dans une caisse à double clé. Les stupéfiants sont placés dans des coffres soit munis de codes scellés dans les placards eux-mêmes fermés soit dans un tiroir fermé à clés dans l'armoire de dotation elle-même fermée.

La dispensation des médicaments est réalisée en dispensation nominative pour la chimiothérapie ambulatoire. La préparation des cytotoxiques est réalisée dans l'URCC sous la responsabilité d'un pharmacien. Elle est conforme aux exigences réglementaires de bonnes pratiques. Les locaux répondent aux règles de sécurisation des préparations, les contrôles d'air et bactériologique sont réalisés et suivis.

Le patient reçoit l'information utile sur le bon usage des médicaments grâce à des fiches d'information commentées par les IDE y compris en chimiothérapie.

La formalisation de la gestion du traitement personnel est en place. Elle est connue et appliquée par les professionnels. Les médicaments du chariot d'urgence font l'objet d'un suivi périodique, tracé. Les médicaments à risque sont connus des professionnels et identifiés dans les armoires à médicaments par logo spécifique. Le stockage des médicaments à la PUI et dans les armoires des services est réalisé en Dénomination Commune Internationale (DCI). Une liste, à jour, des équivalences avec les princeps est affichée dans les unités de soins. Le contrôle des périmés est effectif.

Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments particulièrement des médicaments à risque, sont connues des professionnels.

Les IDE tracent, sur le recueil de données du patient, l'autonomie sur la gestion de son traitement. La distribution des médicaments débute à 11h30, heure du déjeuner. La traçabilité de l'administration est effectuée à la sortie de la chambre par l'IDE. L'IDE s'assure systématiquement auprès du patient autonome de la prise effective de son traitement. Les IDE donnent et explicitent les règles de prise des médicaments, que le patient prendra durant son repas. Si nécessité de modification de la traçabilité initiale (non prise), le logiciel métier prévoit un réajustement de la traçabilité durant les 2 heures qui suivent la validation pour tracer la non-administration et le motif.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement est doté d'un dispositif d'évaluation et de suivi de la prise en charge médicamenteuse, notamment à l'aide des indicateurs réglementaires (prescriptions médicamenteuses en cours d'hospitalisation et à la sortie, suivi des consommations d'antibiotiques, satisfaction des patients...), du suivi du CAQES dans le cadre du rapport annuel, des indicateurs du compte qualité.

L'ensemble du circuit du médicament fait l'objet de différents audits : rangement des armoires à pharmacie d'étage, gestion du traitement personnel, gestion des périmés par exemple. Les audits « patient traceur » (15 en 2019) ont permis d'analyser la qualité des prescriptions y compris le traitement personnel, la réévaluation de l'antibiothérapie à 48/72h.

Les événements indésirables liés au circuit du médicament sont recueillis (22 en 2018 et 39 en 2019) et analysés (3 RMM en 2019).

Un tableau de bord est en place. Il est suivi par le COMEDIMS, le CGRAS, le RSMQPECM et les pilotes. Ces évaluations permettent l'identification d'actions correctives. Un bilan de la mise en œuvre du PAQSS

est réalisé 2 fois /an par le COPIL.

A / AGIR

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

Des améliorations ont été apportées dans le cadre du plan d'actions prioritaire du compte qualité : mise en place d'alerte au niveau du DPI en cas de chevauchement des prescriptions, mise en conformité de l'étiquetage des médicaments dans les armoires à pharmacie, actions de sensibilisation à la déclaration des EI.

Les résultats des audits, indicateurs font l'objet d'actions d'amélioration et de présentation aux responsables des services qui restituent ensuite aux équipes. Des rappels ou information sont réalisés via le logiciel de gestion documentaire et le journal interne.

Les actions réalisées sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi des plans d'actions est réalisé en COMEDIMS, et en COPIL. Il est présenté en CME et au cours de la CDU.

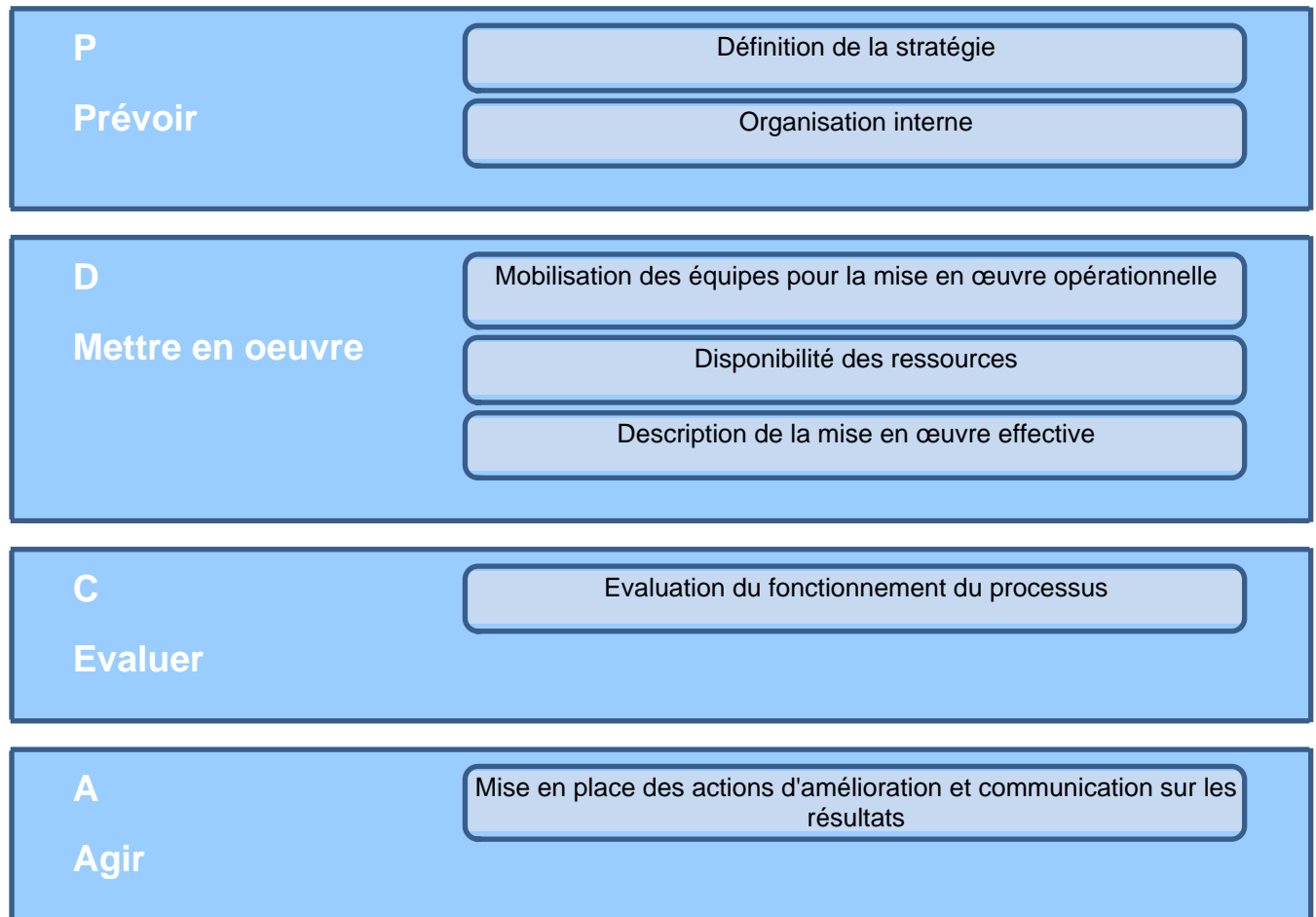
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Clinique d'Occitanie dispose d'un service d'urgences et de soins non programmés. Il représente le 1er site privé d'urgences de l'ex région Midi Pyrénées avec 35000 passages /an. Ce nombre en constante augmentation depuis quelques années, a conduit l'établissement à mettre en œuvre un projet immobilier d'extension (en cours) afin d'améliorer les conditions d'attente et de prise en charge des patients. Le service des urgences de l'établissement est inclus dans le réseau des urgences du ressort de son territoire de santé. A ce titre, il est identifié et reconnu par l'ARS. Le service est intégré dans le maillage territorial des urgences, en liaison avec le SAMU 31 via la régulation du Centre de réception et de Régulation des Appels et l'Observatoire Régional des Urgences Midi Pyrénées. L'établissement a établi une politique des urgences et soins non programmés élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. La cartographie des risques élaborée pour la précédente certification a été revue en intégrant, les remarques (deux points sensibles), les indicateurs spécifiques, les événements indésirables et leur analyse, les plaintes et réclamations. La priorisation a permis d'identifier 2 risques intégrés dans le compte qualité avec des plans d'action spécifiques. Les objectifs d'amélioration sont en lien avec les risques identifiés et les actions sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. Ces actions sont partagées et connues en équipe.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus avec l'aide méthodologique de la cellule qualité.

Les pilotes sont la directrice des soins (coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins), un médecin urgentiste et le cadre de santé de l'unité de soins. Une fiche de mission définit le rôle et les missions de chacun. L'organisation de la prise en charge est formalisée au sein d'un document intitulé « Modalités de fonctionnement des urgences et de l'UHCD ». Il définit les principes généraux du fonctionnement du secteur : les locaux, les règles d'admission (enfants, patient relevant du secteur psychiatrique...), les différents types de prise en charge, l'organisation des permanences des professionnels, les modalités de recours à des avis spécialisés, les interfaces internes et externes. La charte du patient aux urgences est en place.

Deux circuits de prise en charge sont organisés : l'un pour les patients debout, et l'autre pour les patients couchés amenés par les pompiers ou en ambulance. Les règles de confidentialité et de respect de l'intimité sont assurées. Une organisation permettant de connaître la disponibilité des lits en temps réel est en place. Les données sont informatisées. Un logiciel spécifique de gestion des lits permet de connaître en temps réel la disponibilité des lits. Il est mis à jour 3 fois/jour par les cadres de santé des services de soins. Si besoin le cadre d'astreinte prend en charge la recherche de lits la nuit et le week-end.

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

Les interfaces sont organisées avec le laboratoire, avec la radiologie, avec les secteurs à risque (bloc opératoire, endoscopie, obstétrique), avec les services d'hospitalisation, avec l'hygiène, le service technique, la pharmacie. L'accueil du patient peut être anticipé par le personnel des urgences grâce à l'information fournie à partir du logiciel du SMUR (ordinateur dédié).

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à son fonctionnement.

Les ressources humaines sont en nombre et en adéquation avec l'activité. Un plan de formation interne est défini. L'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux sont formés et qualifiés pour la prise en charge des patients. Un accueil administratif H24 (secrétaire/ aide-soignant la nuit) réalise les admissions en respectant les règles d'identitovigilance. Un plan de formation paramédical (incluant la formation des professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients et l'AFGSU) est établi annuellement. Le plan de formation prévoit la formation IOA des IDE du pool de remplacement dédiés au secteur afin d'assurer la couverture permanente. Les nouveaux arrivants sont intégrés lors d'une journée spécifique. Ils ont un livret d'accueil ainsi qu'un parcours d'intégration tutoré et évalué.

L'organisation de la prise en charge aux urgences inclue le recours aux avis spécialisés. Cette organisation est formalisée. Les secteurs libéraux de radiologie et du laboratoire de biologie médicale participent à la permanence des soins.

Les ressources documentaires comprennent des protocoles, procédures selon la typologie du patient, de la pathologie, du degré d'urgence intégrés dans le logiciel de gestion documentaire. Ils sont validés et régulièrement, mis à jour.

Les ressources matérielles sont adaptées : le service est doté du dossier patient informatisé (DPI) déployé dans l'établissement. Il permet de visualiser les différentes étapes de la prise en charge dont les prescriptions médicamenteuses et les examens complémentaires, l'alimentation du plan de soins ainsi que la validation, et le compte rendu. Le service est conforme en termes de matériels nécessaires à la

prise en charge des patients (brancards, aménagement des box en matériels de soins et de surveillance, matériels de pédiatrie...). La maintenance préventive et curative est organisée notamment en relation avec le service biomédical.

Des mesures de protection des personnels sont mises en place notamment un sas d'accès avec visiophone. Si besoin l'équipe peut faire appel au veilleur de nuit en poste au standard (touche d'appel d'urgence sur les téléphones des personnels). Si la situation le nécessite, le service déclenche une demande d'intervention auprès de la gendarmerie de Muret très réactive.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le cadre de santé organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Des réunions sont organisées régulièrement avec les professionnels concernés afin de favoriser l'implication des équipes et transmettre les informations. Compte tenu des travaux d'agrandissement en cours du secteur, la direction participe régulièrement aux réunions afin d'accompagner les équipes. Des comptes rendus sont disponibles et communiqués aux équipes (point sensible de la précédente visite). Le cadre s'assure de la conformité des pratiques par un accompagnement direct des équipes et par la réalisation d'audits.

Les événements indésirables sont signalés. L'équipe participe aux RMM. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. L'équipe s'implique dans les actions d'amélioration définies au sein du secteur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La présence médicale est assurée par un médecin urgentiste H 24 qui gère le circuit long et un médecin urgentiste en H12 qui gère les soins externes. Ils ne se déplacent pas dans le cadre d'une urgence vitale, dans l'établissement (assurée par un médecin réanimateur présent et un IDE de réanimation). Un médecin participe au CLUD.

Les professionnels en poste sont des IDE (tous formés IOA) et des AS en nombre variable, selon le rythme de travail, des secrétaires, des ASH et des brancardiers, sous la responsabilité d'un cadre de santé. Les professionnels, en poste sont formés selon le plan de formation, notamment dans ses dimensions réglementaires (formations AFGSU, IOA, incendie) et en réponse aux besoins spécifiques : identitovigilance, risque infectieux, douleur, utilisation du MEOPA, agression physique, ... Les règles de remplacement sont en place (pool de professionnels identifiés formés sur la prise en charge des patients aux urgences).

Des coopérations avec le centre hospitalier de Muret, le CHU de Toulouse ou autres établissements permettent la prise en charge des patients selon le degré d'urgence et la typologie (pédiatrie, psychiatrie, gériatrie, ...). Le recours aux avis spécialisés est organisé dans l'établissement, selon une astreinte dont la liste est disponible dans l'intranet. Les urgences disposent de matériels en nombre suffisant pour l'activité. Malgré une superficie contrainte et les travaux en cours les locaux permettent une organisation efficiente avec : 5 zones d'attente, 4 boxes doubles, 2 lits de déchocage, une salle de dégravillonnage, 6 lits d'UHCD, 1 salle de soins, 2 bureaux de consultations, une salle de plâtre. A noter que le bureau de l'IOA permet à la fois la surveillance des patients en salle d'attente (réponse à un point sensible lors de la précédente visite) et des patients couchés cadrés sur la zone « pré opératoire » en attente de transfert. Des chariots de déchoquage et d'urgence vitale (adulte et pédiatrie) sont disponibles. Une armoire à pharmacie sécurisée comprend une dotation de médicaments, les médicaments à risque sont identifiés par un logo. Les stupéfiants sont sécurisés. Les moyens nécessaires à la mise en œuvre du plan blanc sont disponibles.

Le DPI institutionnel permet d'assurer le suivi de la prise en charge depuis l'accueil jusqu'à la sortie. Les résultats d'examens complémentaires du laboratoire et de radiologie y sont accessibles directement. Le DPI permet la traçabilité des prises en charges médicales et paramédicales. Les documents utiles (protocoles, procédures) et actualisés sont accessibles sur support informatique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours selon la définition spécifique du secteur.

Bien que les locaux soient en cours de transformation afin de maîtriser le nombre croissant de passages, les conditions d'accueil et les modalités de prise en soins sont conformes aux attendus. Elles tiennent compte des différentes catégories de population, des différents circuits et étapes de la prise en charge et sont assurées 24h/24. La permanence des soins est effective.

Le patient se présente à l'accueil administratif qui réalise son admission, vérifie son identité et ouvre un dossier dans le DPI. Une pièce d'identité est requise. Un bracelet est posé.

Il est pris en charge par l'IOA qui procède ensuite à un interrogatoire, prend les constantes, évalue la douleur, définit le degré de prise en charge avec l'échelle CIMU. Les différents éléments recueillis alimentent le recueil de données directement dans le dossier patient informatisé. En fonction du type de prise en charge, l'IOA accompagne le patient vers la salle d'attente pour le circuit court ou le box pour le circuit long, et transmet à ses collègues les premiers éléments recueillis. Les patients se présentant dans

le cadre de pathologie psychiatrique ainsi que les enfants sont dirigés après la prise en charge aux urgences, vers des structures adaptées. Les femmes enceintes sont vues par une IAO si la grossesse est inférieure à 12 semaines. Au-delà, la patiente est prise en charge directement par une sage-femme.

Le médecin voit le patient et prescrit, les bilans, les médicaments, les examens complémentaires, les surveillances. Dès réception des résultats, un point est fait pour la suite à donner, au fur et à mesure de l'avancée de la prise en charge. Si un passage au bloc est prévu, l'appel à l'anesthésiste est réalisé, la préparation du patient pour le bloc est réalisée, les consentements, autorisation d'opérer sont recueillis, la fiche de liaison service/bloc est remplie. Tous les éléments constitutifs du dossier sont renseignés dans le dossier informatisé afin d'éviter toute perte de données en cas d'hospitalisation en interne.

La mise en place des circuits et filières est effective (traumatologie, infarctus, AVC, gériatrie, pédiatrie, avis des spécialistes disponibles dans l'établissement). Les interfaces entre le service des urgences et les autres secteurs sont opérationnels.

En fonction de la décision thérapeutique, le patient repart à domicile, une ordonnance lui est remis si besoin. En cas de décision d'hospitalisation, une recherche de lit est faite par le biais du logiciel dédié (disponibilité des lits visible en temps réel) ou avec l'aide du cadre d'astreinte en cas de difficultés.

Le dispositif de gestion documentaire est structuré. Plusieurs procédures spécifiques ont été définies notamment : prise en charge des enfants et des adolescents, prise en charge de l'AVC, prise en charge d'un syndrome coronarien aigu. Le plan blanc a été actualisé en 2019 avec une fiche spécifique concernant l'organisation de l'UHCD en cas de risques Nucléaires Radiologiques Biologiques et Chimiques.

Les différents temps d'attente sont suivis par le cadre et l'IOA. Cet indicateur alimente les écrans présents dans le secteur que les usagers peuvent consulter en continu.

La prise en charge de la douleur est un axe fort de la prise en charge des patients. Un travail récent mené par un médecin urgentiste, membre du CLUD et les équipes, a abouti à l'utilisation novatrice du PENTHROX (antalgique inhalé en auto administration) dans le cadre des urgences orthopédiques nécessitant une sédation rapide de la douleur avant un geste de réduction. Par ailleurs, les IDE sont formés à l'utilisation du MEOPA.

Le recueil des évènements indésirables est effectif par les professionnels. Ils ont été formés à l'utilisation du logiciel de déclaration. L'analyse de ceux-ci et les résultats sont partagés en équipe.

Le circuit des matériels et des déchets est également assuré, conformément aux recommandations.

La gestion des pannes est organisée et connue des personnels.

Tout au long de sa présence au sein des urgences, le patient et son entourage sont informés du déroulement de la prise en charge ainsi que de l'orientation proposée au sein de l'établissement ou vers une structure adaptée. Un questionnaire spécifique de satisfaction du patient lui est remis.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement. Des indicateurs d'activité et de qualité sont renseignés dans un logiciel à destination de l'ARS : Résumé de passage aux urgences (RPU) permettant un bilan d'activité et un suivi des délais de prise en charge.

Les indicateurs sont suivis dans un tableau de bord : indicateurs d'activité (nombre de passages, nombre de patients hospitalisés, provenance et orientation des patients, suivi des délais d'attente, délai de prise en charge, satisfaction des patients, qualité de l'information reçue...).

Le recueil et l'analyse des dysfonctionnements et événements indésirables en interne est assuré par les professionnels. Des retours d'expérience sont réalisés selon les situations rencontrées avec identification d'actions correctives.

Les plaintes et réclamations sont analysées en équipes (par exemple : perte au sein du service des urgences des objets personnels).

Le service des urgences participe aux évaluations des pratiques professionnelles et audits : recueil de l'identité aux urgences, traçabilité de la personne de confiance, complétude du DPI, traçabilité de la maintenance du chariot d'urgence.

Certains patients traceurs réalisés dans le cadre du processus parcours ont pris en compte l'admission du patient par les urgences.

A / AGIR

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

Les actions prioritaires, intégrées au compte qualité ont été réalisées : mise en place d'une fiche inventaire dans le DPI, utilisation systématique du tableau d'affichage des temps d'attente.

Les résultats des audits, indicateurs font l'objet d'actions d'amélioration et de présentation aux équipes. Les RMM organisées ont permis par exemple la mise à jour d'une procédure de prise en charge d'un patient porteur d'une rougeole, la définition d'un projet de réflexion sur l'exhaustivité du remplissage de la feuille de liaison IDE avec le domicile.

Les actions d'amélioration identifiées du processus sont suivies par les pilotes et sont intégrées dans le PAQSS institutionnel. Le suivi de ces actions conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

La communication interne est réalisée directement par le cadre du service lors des réunions de services. Le journal interne de l'établissement permet à tous les professionnels de partager les informations. La communication externe est réalisée au cours de la CDU.

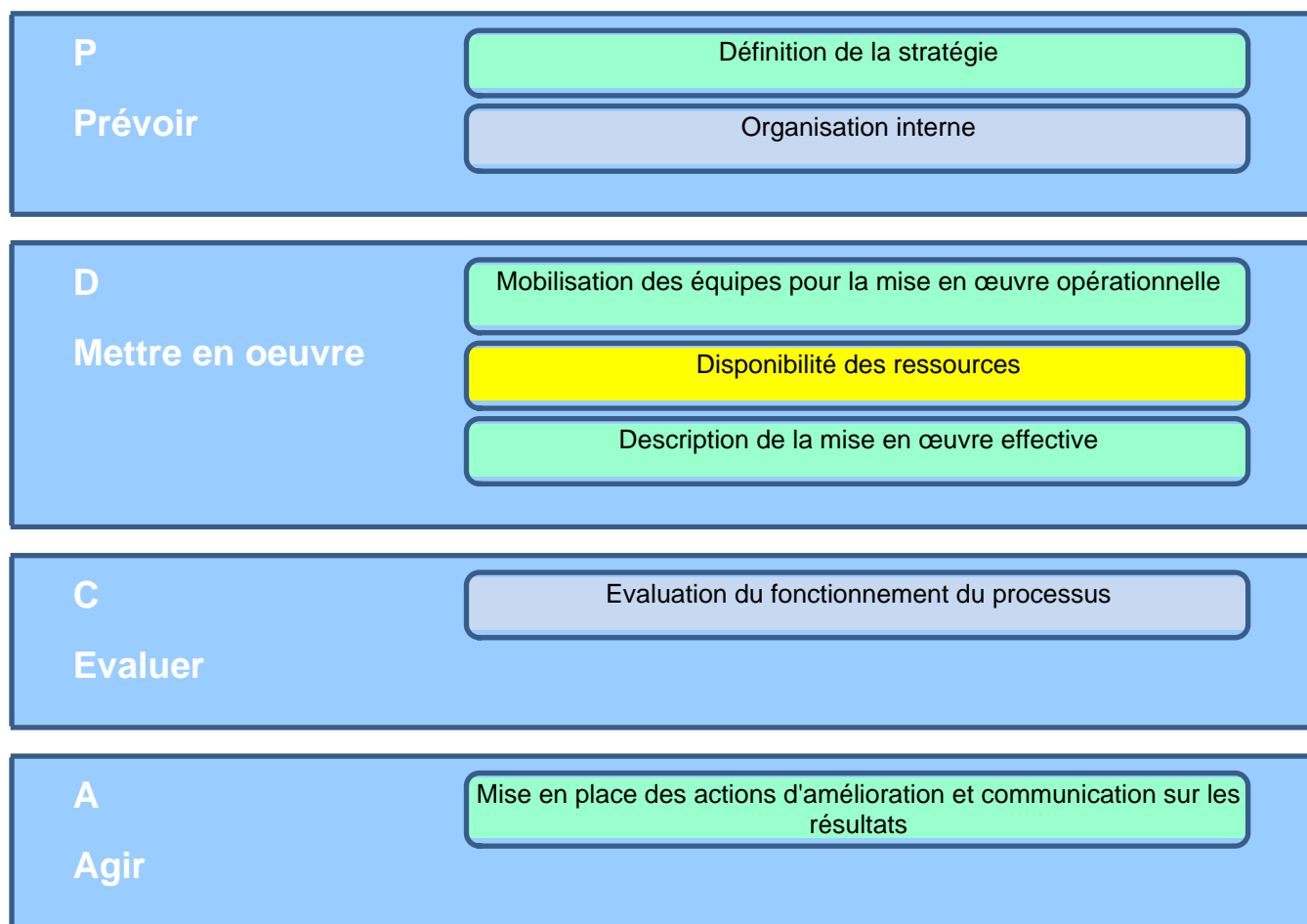
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique d'Occitanie possède un bloc opératoire comportant 11 salles d'intervention dont 7 salles conventionnelles et un hall chirurgical de 4 plots opératoires aux normes ISO 5, une salle de 4 postes pour l'induction des anesthésies loco-régionales et 1 Salle de Surveillance Post-Interventionnelle (SSPI) de 24 postes dont 16 armés ; il est situé au niveau -1 de l'établissement. Une salle est plus particulièrement affectée aux césariennes notamment code rouge. Dans la continuité est situé d'un côté l'unité de stérilisation (3 salles) et de l'autre côté, partageant la SSPI, le secteur d'endoscopie comportant 3 salles d'endoscopie équipée d'une colonne d'anesthésie complète, une salle de lavage, une salle de soins externe destiné aux cystoscopie en priorité, une salle de lithotritie.

L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) est situé au 1er étage comporte 38 places.

Les risques et l'identification des besoins des blocs opératoires de la clinique d'Occitanie ont été analysés lors de réunions pluri-professionnelles et ont fait l'objet d'une validation par l'ensemble des chirurgiens puis par les instances de l'établissement (Conseil de bloc, COPIL et CME). Cette démarche d'analyse de risques a été reprise et mise à jour par le cadre du bloc récemment arrivé dans l'établissement, et en charge du pilotage du processus. Le copilotage est assuré par la cadre de l'UCA et le président du conseil de bloc également responsable du secteur de naissance.

Cette analyse de risques prend en compte les orientations stratégiques du Projet Régional de Santé décliné selon un axe principal dans le Contrat Pluri-annuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) 2018 contractualisé avec l'ARS Occitanie : atteindre un taux de 70% de prise en charge en ambulatoire.

La méthodologie institutionnelle a été utilisée pour identifier et prioriser les risques au niveau des blocs opératoires et de la SSPI. Un groupe de travail pluridisciplinaire a réactualisé la cartographie des risques du bloc opératoire. Les risques a posteriori ont été analysés à partir du suivi des décisions de la certification précédente V2014, des déclarations des événements indésirables, des indicateurs IQSS, des audits internes, des patients traceurs, du rapport de l'Autorité de Sûreté Nucléaire.

Les 3 risques identifiés principaux ont été validés par le COPIL qualité et intégré dans le compte qualité de l'établissement.

Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies. Les pilotes de processus sont en charge du suivi de l'avancement des plans d'actions issus du compte qualité. Le programme est présenté aux instances : COPIL Qualité, CME, Conseil de bloc.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage institutionnel du processus bloc opératoire est assuré par le chef de bloc (cadre du secteur), la cadre du secteur ambulatoire et le président du conseil de bloc (chef de service du secteur maternité). Le conseil de bloc est l'instance de validation des propositions avant transmission au COPIL qualité et à la direction générale, sa composition est pluridisciplinaire et pluri professionnelle. Le Conseil de bloc se réunit de manière trimestrielle. Cette organisation est formalisée dans la charte de fonctionnement des blocs opératoires validée par le Conseil de Bloc qui décrit l'organisation du bloc opératoire, ses règles de fonctionnement, les circuits, les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires, la gestion des risques et les indicateurs de pilotage. Un point spécifique est dédié au hall chirurgical de 4 cellules installée côte à côte, notamment les règles spécifiques de respect de l'intimité des patients, de la confidentialité, du bruit ambiant, de la circulation, des règles de radioprotection.

Cette charte est complétée par une charte de fonctionnement de l'unité ambulatoire qui définit l'organisation de la structure en termes d'horaire, de personnel, de présence et de continuité des soins, de coordination médicale et de formation spécifique. Les rôles, responsabilités et les missions de tous les professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de postes.

Le cadre, chef du bloc, assisté d'une adjointe, a été désigné pour réguler les activités du bloc opératoire notamment pour garantir le respect de la programmation et de la sécurité des patients. Il dispose des moyens nécessaires pour assurer la coordination et le respect des règles établies par la charte de bloc.

Au regard de ses missions 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 termes d'effectifs et de compétences répondent à la réglementation, aux besoins et à l'activité des blocs opératoires, réglée et en urgence de l'établissement.

Les astreintes des professionnels médicaux et soignants sont organisées pour assurer la permanence des soins. Un Médecin Anesthésiste-Réanimateur (MAR) est de garde sur place pour le service de réanimation et l'USC. 2 IDE de bloc sont d'astreinte. Le samedi et le dimanche en journée le réveil est assuré en SSPI par une IDE, à partir de 22h, il se fera en USC ou réanimation en accord avec le MAR d'astreinte et le MAR de garde en réanimation. Un médecin anesthésiste est coordonnateur médical de l'UCA.

Les formations sont identifiées pour chaque agent lors des entretiens professionnels annuels; elles sont planifiées et intégrées dans le plan de formation global de l'établissement..

Le recrutement est organisé. Des IDE et AS remplaçants pour l'été sont prévus, les vacataires sont

représentés par un pool de professionnels fidélisés, immédiatement opérationnels, les aides opératoires et les IADE dépendent directement des chirurgiens. Un plan d'intégration et de formation des nouveaux arrivants est organisé, un parcours d'intégration et un tutorat est organisé, au terme de la période probatoire, le chef de bloc établit une fiche d'évaluation au poste qui recense les disciplines maîtrisées et l'évolution des nouveaux acquis.

Les besoins en procédures sont identifiés, élaborés avec les professionnels, formalisés, issus de documents de référence validés, actualisés et intégrés dans la gestion électronique documentaire. L'information des patients est organisée (livret d'accueil, passeport ambulatoire, documents d'information des Sociétés Savantes, consentements, site internet public de l'établissement).

Les locaux des blocs opératoires, de la SSPI sont conformes à la réglementation. L'UCA est identifiée et dispose de moyens dédiés. Les zones du bloc, les règles de circulation et d'habillage sont définies. La maintenance préventive et curative des infrastructures est organisée par la Direction des Services Techniques et des Constructions en lien avec l'EOH.

La radioprotection nécessaire pour l'emploi des amplificateurs de brillance au bloc est sous la responsabilité d'une Personne Compétente en Radioprotection (PCR) désignée par la direction de l'établissement conformément aux textes en vigueur.

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 une gestion informatique organisent la gestion des pannes et dysfonctionnement.

Les besoins en système d'information au bloc opératoire sont identifiés. Ils sont intégrés au système d'information de la clinique, partagés, permettant l'accès aux informations en temps réel pour l'ensemble des acteurs de la prise en charge du patient. Le serveur d'identité de l'établissement structure l'identitovigilance.

Un logiciel de bloc organise la gestion du bloc opératoire et la planification-programmation des interventions. Le logiciel d'anesthésie organise la prise en charge anesthésique, le suivi per-opératoire, post-opératoire et les prescriptions post-opératoires. Un logiciel organise la traçabilité des actes et interventions et la gestion des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI).

Les interfaces sont organisées, permettant ainsi l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire. En premier lieu, avec les secteurs cliniques par le comité de bloc qui se réunit de manière hebdomadaire et organise le programme opératoire de la semaine suivante en lien avec les différents secteurs et en premier lieu l'UCA.

Les interfaces avec la stérilisation centrale située en contiguïté, sont sous la responsabilité du Pharmacien gérante et sont formalisées par un contrat entre les blocs opératoires et la stérilisation centrale qui fixe les règles, de traitement et de stérilisation des dispositifs médicaux de la clinique. Les interfaces avec la pharmacie sont structurées, cette dernière assure le renouvellement, la vérification de la traçabilité, le réapprovisionnement des DMI et des besoins en matériels du bloc. Les gaz médicaux sont également sous la responsabilité du Pharmacien.

Le circuit de traitement des examens biologiques et anatomo-pathologique est formalisé.

Le transport intra-hospitalier est organisé et sécurisé par des brancardiers salariés de l'établissement.

L'EOH et des professionnels référents Hygiène organisent le bionettoyage du bloc opératoire et la planification des prélèvements environnementaux (eau, air, surface).

La gestion du linge est organisée en lien avec le service hôtelier. La circulation des déchets est organisée en interne (tri, mesures de protection des personnels, stockage), l'acheminement est dirigée une plateforme terminale où les DASRI sont traités par un prestataire extérieurs, et la DAOM compactés avant enlèvement.

L'établissement dispose d'un dépôt de sang, les règles de prescription, de stockage, de délivrance sont établies et correspondent aux besoins identifiés du secteur.

Les interfaces sont organisées avec la Direction, le Service Qualité Gestion des Risques, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le réseau des vigilants et la CDU notamment pour la gestion des événements indésirables.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus définissent les objectifs et plans d'actions opérationnels lors de réunions de service semestrielles. Les cadres de bloc et de l'UCA sont correspondants qualité et sécurité des soins. Ils sont des promoteurs de l'amélioration de la qualité au bloc opératoire. Ils bénéficient de la formation institutionnelle à la gestion des risques. Ils recensent, trient et hiérarchisent les événements indésirables (EI).

La déclaration de événements indésirables (FEI) est réalisée par les professionnels dans le logiciel institutionnel. L'analyse, la hiérarchisation et le traitement du risque sont assurées par la cellule qualité avec retour d'information aux cadres de bloc/UCA. De manière institutionnelle, les événements graves sont analysés en RMM.

Les activités sont évaluées périodiquement et le cadre s'assure de la conformité des pratiques

professionnelles par rapport aux dispositions prévues.
Des audits sont en place : audit observationnel sur la check-list sécurité du patient au bloc opératoire, traçabilité de l'ouverture de salle, de la sortie en SSPI, de la surpression de salle et de la température.
Quelques chirurgiens sont engagés dans l'accréditation.
Les actions correctives sont discutées en RMM, en Conseil de bloc et en CME et mises en œuvre avec la Service Qualité et Gestion des Risques et les professionnels en cas dysfonctionnement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documents sont disponibles.
Les compétences et effectifs répondent aux besoins pour assurer l'activité et la permanence des soins la nuit, les week-end et jours fériés et en urgence. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité et en adéquation avec le planning opératoire.
Un chirurgien est en astreinte pour chaque discipline. La sécurité anesthésique est assurée (astreinte anesthésiste et garde d'un MAR dans le secteur réa/USC). Une astreinte biomédicale et technique est assurée. Des IDE est d'astreinte pour assurer les nuits et les week-end, une IDE en SSPI est présente en journée samedi et dimanche, après 22H, les réveillés sont assurés en Réa/USC en accord avec les MAR. Une IBODE est référente matériel, commande et réservation ancillaire. Des IADE et les aides opératoires sont directement sous responsabilités des chirurgiens libéraux.
Des actions de formations sont mises en œuvre : formations obligatoires (sécurité incendie, gestes et soins d'urgence), formation des agents de service au bio-nettoyage, formation hygiène (hygiène des mains, précautions complémentaires). Suite à la visite de l'ASN en mai 2018, les salariés ont été formés à la radioprotection des patients et des professionnels. Cependant, une partie des chirurgiens libéraux et de leur personnel intervenant au bloc opératoire et utilisant les amplificateurs de brillance ne sont pas à jour de leur formation réglementaire à la fois radioprotection travailleur exigible tous les 3 ans (praticiens et personnels salariés des praticiens) et radioprotection patient exigible pour l'instant tous les 10 ans (praticiens), alors que cet aspect avait déjà été signalé par le rapport de l'ASN de mai 2018. L'établissement et notamment le président de CME s'est engagé formellement avec un document écrit et un échéancier à faire réaliser ces formations dans le premier semestre 2020 (un organisme de formation a été proposé par le PCR). Il s'est également engagé dans la désignation d'un PCR encadrant les activités des personnels libéraux en plus du PCR déjà en responsabilité des personnels salariés de la clinique.
Des formations professionnelles pour les IBODE, pour le personnel de la SSPI sont réalisées. Les nouveaux arrivants sont formés et tutorés.
Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les protocoles de prise en charge. Ceux-ci sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire accessible par login et mot de passe sur tous les postes informatiques du bloc. Les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient : dossier patient et prescription informatisée, dossier d'anesthésie, programme opératoire informatisé et affiché les ordinateurs disponibles dans chaque bloc.
Les locaux des blocs opératoires, de la SSPI répondent aux besoins et aux normes réglementaires et sont contrôlés et entretenus. Ils disposent d'un traitement d'air avec renouvellement d'air et surpression faisant l'objet d'entretiens et de contrôles réguliers, effectués par l'EOH. Le suivi de la qualité de l'eau est réalisé avec selon un planning validé par le CLIN et des techniques et des lieux de prélèvements différents. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux sont appliqués. Le bionettoyage de surface des locaux est identifié selon la zone du bloc et tracé; les prélèvements de surface sont réalisés selon un calendrier défini. L'hygiène du matériel réutilisable est opérationnelle. Le tri des déchets est réalisé au niveau de la salle d'opération (DASRI, DAOM, OPCT). Un tri sélectif est mis en œuvre (papier, verre, plastique). Un circuit de décontamination des instruments permet l'évacuation des instruments vers la stérilisation contiguë au bloc.
La qualification du hall chirurgical en matière radioprotection est effective, notamment avec la mise en place et le suivi de dosimètre d'ambiance, un zonage, des parois séparative plombées permettant de surveiller et de limiter les risques de radiations lors de l'emploi des amplificateurs de brillance.
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 l'ingénieur biomédical et tracé. Le matériel d'urgence vitale est vérifié et opérationnel. 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 dans les blocs opératoires. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.
La maîtrise du risque infectieux est effective : entrées du bloc opératoire sécurisées, sas de transfert du bloc, zones de bloc identifiées et prises en compte, marche en avant respectée, surpression des salles maintenue, tenue de bloc bleu spécifique à l'intérieur du bloc, et tenue de bloc violette pour sortir du bloc. La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance avec qualification des salles et suivi de la surpression des salles opératoires. La surveillance de la température des réfrigérateurs est assurée et tracée. La détection des facteurs de risques infectieux (tuberculose, Bactérie Hautement Résistante

émergente) est effectuée lors des consultations médicales (chirurgicale et anesthésique).

Les règles de sécurité sont appliquées : chariots d'urgence scellés, chariot d'anesthésie pédiatrique, arsenal au bloc avec kits d'urgences d'anesthésie à proximité des salles d'urgence chirurgicale (traitement de l'hyperthermie maligne, chariots mobiles réservés à l'intubation difficile, prise en charge du choc anaphylactique).

La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies. Une check-list traçabilité de la préparation cutanée pré-opératoire est rempli par les professionnels en charge du patient. Les règles d'identité-vigilance sont appliquées : tableau informatisé à l'entrée du sas comportant l'identité complète de patients, bracelet d'identification avec l'étiquette du patient, vérification tracée de la concordance de l'identité par le brancardier et l'aide-soignant (AS) d'accueil du bloc, check-list sécurité patient au bloc opératoire.

Le brancardage est réalisé à l'extérieur par des brancardiers (à pied, chaise roulante ou brancard, pour les enfants petites voitures) et à l'intérieur du bloc par le binôme IBODE-AS.

Le respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité est assuré notamment dans le sas d'entrée. En revanche, l'intimité en SSPI n'est pas totalement assurée car il a été constaté que sur une partie de la SSPI où les rideaux ne sont pas mis en place, les paravents disponibles permettant d'isoler les patients ne sont pas utilisés. La direction a fait part d'une commande en cours afin d'équiper chaque place de SSPI de rideaux de séparation.

Un programme de musique avec choix individuel disponible grâce à une tablette et des écouteurs permet d'améliorer le confort notamment en cas d'anesthésie loco-régionale.

Les activités du bloc opératoire sont régulées garantissant le respect de la programmation et la sécurité du patient.

Les vacances opératoires par discipline et par praticiens sont attribuées par le Conseil de bloc. Les créneaux opératoires sont revus périodiquement et sont validés par le Conseil de bloc et font l'objet d'une communication.

La check-list sécurité au bloc opératoire est mise en œuvre pour toutes les interventions, en temps réel, avec vérifications partagées et croisées en présence de tous les acteurs. Le coordonnateur de la check-list, identifié dans le logiciel de bloc, est l'IDE de bloc qui est en charge de la traçabilité des trois temps de concertation pluridisciplinaire dans ce logiciel.

Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre. La déclaration et le protocole de prise en charge des accidents d'exposition au sang (AES) est réalisée en collaboration avec la médecine du travail. La radioprotection est assurée et a pris en compte une grande partie des préconisations du rapport d'inspection de l'ASN : zonage, signalisation lumineuse de la salle, optimisation des doses, port de tabliers plombés, port de dosimètres passifs et actifs. Le plan d'organisation de la physique médicale (POPM) est en place.

Les interfaces sont fonctionnelles.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre bloc opératoire et secteurs cliniques et médico-techniques sont opérationnelles notamment grâce à l'interfaçage entre les différents logiciels (planification, gestion du bloc, dossier patient) ou les impressions papier de ceux-ci. En UCA, l'appel de la veille est réalisée par une IDE dédiée pour la semaine, et celui du lendemain sont réalisés par une IDE ayant pris en charge les patients, la traçabilité des appels est effective dans le DPI.

L'instrumentation est décontaminée dans des bacs remplis par l'IDE de bloc opératoire selon la procédure puis acheminés en stérilisation. Le niveau du risque ATNC et la liste des dispositifs médicaux à traiter sont identifiés informatiquement par des code barres.

La gestion des risques est effective (vigilances sanitaires et veille sanitaire opérationnelles, recueil et analyse des événements indésirables).

La traçabilité des actions et des activités est assurée. La traçabilité des vérifications quotidiennes est réalisée. Dans le logiciel du bloc, le bionettoyage des salles (à l'ouverture, entre deux interventions et en fin de programme) et la feuille d'ouverture des salles. Les contrôles planifiés des surfaces de l'air et de l'eau sont tracées par l'EOH et communiqués à la cadre du bloc. Les comptes-rendus d'intervention et de maintenance des dispositifs médicaux sont tracés dans le logiciel du service biomédical et des services techniques.

Les consentements éclairés du patient et l'autorisation d'opérer pour les mineurs sont recueillis sur un document papier.

Dans le dossier du patient sont tracés, la prise en charge anesthésique et chirurgicale per-opératoire, la surveillance en SSPI, les prescriptions post opératoires, l'évaluation de la douleur et des traitements antalgiques administrés, le compte rendu opératoire et en cas d'utilisation de l'amplificateur de brillance le rapport de doses.

L'IDE circulante assure tout le long de l'intervention la traçabilité des DMI, des DMS et des matériels et dispositifs venant de la stérilisation. La traçabilité du risque ATNC est assurée et transmise à la stérilisation centrale. Une fiche imprimée au bloc opératoire est remise au patient concernant toutes les informations relatives aux DMI implantés.

La sortie de SSPI validée par un médecin anesthésiste est horodatée et tracée dans le logiciel d'anesthésie. La sortie de l'UCA est validée par un médecin et les informations tracées dans le dossier papier de l'UCA. Les documents de sortie, compte-rendu opératoire et ordonnance de sortie et la date de rendez-vous post-opératoire sont récupérés en sortie d'UCA aux secrétariats des chirurgiens.

Les instances sont opérationnelles, notamment le Conseil de bloc 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 (tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur post opératoire en SSPI, évaluation de la douleur à la sortie de SSPI), les indicateurs des infections associées aux soins en lien avec l'EOH et le CLIN.

Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement : nombre d'interventions totales par an, taux d'occupation des vacations, taux d'urgences, taux de débordement des vacations opératoires.

Les indicateurs proviennent également des audits internes : nombre d'événements indésirables déclarés classés par dimension, audit check-list sécurité patient, audits de traçabilité de la sortie en SSPI, du relevé de la température et de la pression des salles opératoires. Les résultats des prélèvements de l'air et des surfaces sont suivis. Des audits menés par l'EOH ont concerné également le bloc opératoire : préparation de l'opéré, tenue des professionnels au bloc opératoire, antibioprophylaxie.

Des indicateurs de qualité du parcours patient en chirurgie ambulatoire (évaluation de l'éligibilité à l'admission, consentement du patient, évaluation du risques de nausées et vomissements post-opératoires, du risque thrombo-embolique, anticipation pour la prise en charge de la douleur, évaluation pour la sortie, qualité de la lettre de liaison à la sortie, contact avec le patient entre J+1 et J+3). La satisfaction des patients est suivie via des questionnaires de satisfaction internes et via e-satis chirurgie ambulatoire.

L'analyse des événements indésirables sont analysés immédiatement par le chef de bloc ou son adjointe, et revus de manière mensuelle en RMM. Des RMM spécifiques afin d'analyser à des événements indésirables graves peuvent être organisés, 4 sur les 13 réalisées en 2019 ont concerné le bloc opératoire.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Les actions correctives sont mises en œuvre en lien avec les résultats des évaluations et notamment celles qui engageaient l'établissement suite aux décisions de la précédente procédure de certification : amélioration de la pluridisciplinarité pour l'analyse des risques aboutissant à la cartographie des risques, l'amélioration des conditions d'accueil notamment grâce à la mise en service du nouveau bloc opératoire, la sécurisation des conteneurs de stérilisation, la stérilisation étant désormais contiguë au bloc, l'actualisation du système documentaire, l'amélioration de la traçabilité de la MCJ et de la traçabilité des suppressions.

La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers grâce au dispositif institutionnel notamment au travers du journal interne.

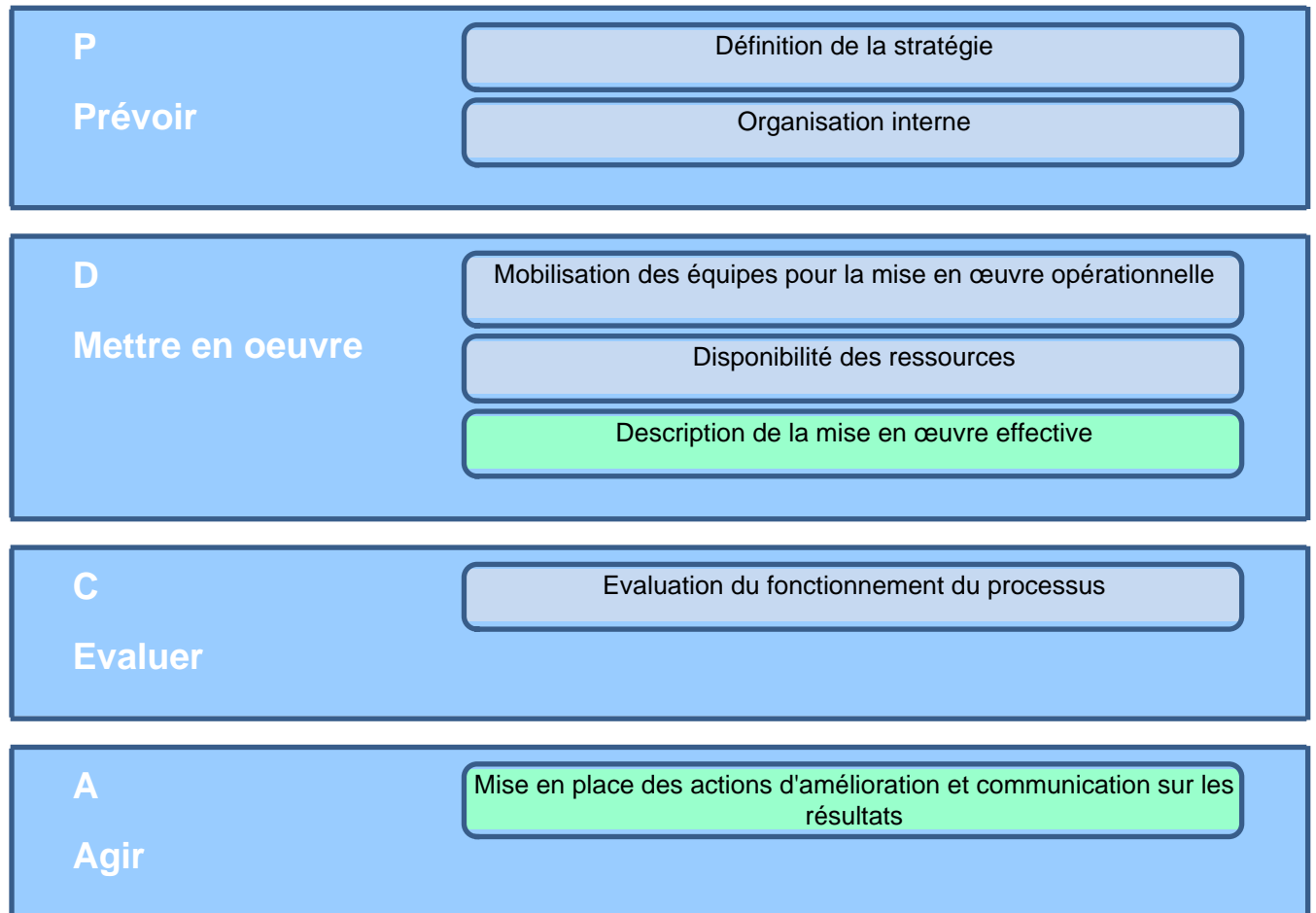
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Trois spécialités réalisent des endoscopies sur le site de la clinique de l'Occitanie : la gastro-entérologie, la pneumologie et l'urologie. Le pilotage institutionnel est commun.

Les endoscopies digestives, quantitativement les plus importantes, et les fibroscopies bronchiques font l'objet d'un même circuit dans 3 salles dédiées au bloc opératoire (dont une salle plombée) que les examens soient réalisés avec ou sans anesthésie générale. Les patients sont ensuite orientés vers la SSPI commune avec le bloc opératoire général. Le matériel est désinfecté dans une salle contigüe aux salles d'endoscopie, séparées par des ESET (Enceintes de Stockage des Endoscopes Thermosensibles) où sont stockés les endoscopes digestifs. Les fibroscopes bronchiques sont stockés après désinfection de manière classique dans des bacs scellés.

En urologie, le circuit est différencié externe et sont réalisés dans 2 salles dédiées (1 salle de cystoscopies et une salle de lithotripsie), les fibroscopes sont traités par le service de stérilisation centralisé du bloc opératoire et acheminés à la demande dans le secteur d'endoscopie.

L'établissement a identifié, hiérarchisé et priorisé ses risques au niveau du secteur d'endoscopie selon la méthodologie institutionnelle, en groupe de travail multidisciplinaire bloc-endoscopie, regroupant les professionnels médicaux et paramédicaux de chaque spécialité endoscopique, avec l'appui du service biomédical et l'équipe d'hygiène. Cette organisation participe à la diffusion de la culture qualité et sécurité en endoscopie.

L'actualisation de la cartographie des risques a pris en compte les processus à risques, les nouveaux textes réglementaires (en particulier les textes de juillet 2016 et d'août 2018 sur les duodénoscopes), les résultats des audits de bonnes pratiques du GREPHH (EPP en étape 5) et les décisions de la précédente certification V2014 (2 écarts de type non-conformité).

Les risques identifiés sont le support du programme d'actions préventive et de surveillance, formalisés et hiérarchisés dans le compte qualité qui constitue l'outil de suivi de la démarche qualité de l'établissement : 4 risques sont identifiés avec un plan de 10 actions prioritaires.

Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies et ce programme est présenté aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation permettant la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires.

Le pilotage du processus est assuré par un praticien gastro-entérologue et la cadre du secteur d'endoscopie et le cadre chef du bloc opératoire.

Les rôles, responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions.

La démarche qualité assurant la prise en charge du patient en endoscopie est documentée. Une cartographie des processus, un manuel qualité spécifique et une charte encadrent cette activité et figurent dans le dispositif de gestion documentaire de l'établissement.

Les besoins en ressources humaines sont identifiés. La prise en charge des patients est organisée par des professionnels référents pour chaque spécialité d'endoscopie : 3 Aides-Soignants assurant le nettoyage et la désinfection des endoscopes, des IDE sont formés au nettoyage en dehors des heures ouvrables du secteur. La permanence médicale est organisée sous forme d'astreinte médicale.

Les formations continues sont organisées en interne ou avec des prestataires et sont inscrites au plan de formation de l'établissement. Une démarche de type PACTE est en place depuis 2015.

Les ressources matérielles sont en place. Les locaux prennent en compte les besoins et la réglementation (salles d'examen, salle de traitement et de désinfection des endoscopes centralisée et ventilée, stockage des endoscopes (ESET pour les endoscopes digestifs, plateau protégés pour les fibroscopes bronchiques, boîtes pour les cystoscopes venant de la stérilisation centrale), des dispositifs médicaux et consommables. L'organisation architecturale est fonctionnelle afin de permettre la mise en œuvre des 3 types de parcours d'endoscopie.

Les besoins en endoscopes, matériels d'instrumentations endoscopiques, bacs de lavage manuel, laveur-désinfecteurs, Enceintes de Stockage pour Endoscopes Thermosensibles (ESET) et consommables sont identifiés et adaptés au besoin des utilisateurs. Le remplacement des endoscopes est prévu. Des contrats de maintenance préventive et curative des endoscopes et des équipements sont organisés avec le service biomédical ainsi que la gestion des pannes.

Les besoins en procédures sont identifiés : elles sont élaborées avec les professionnels, issues de documents de référence validés et actualisées et intégrées dans la gestion électronique de l'établissement.

L'information des patients est organisée : livret d'accueil de l'établissement, site internet public, documents d'information sur l'endoscopie, protocoles de préparation, consentements. L'appel de la veille

est organisée pour les endoscopies digestives et pulmonaires ; celle-ci reformule les informations données au patient par le gastro-entérologue et le pneumologue et explique les règles de préparation à l'examen. Les besoins en système d'information sont structurés par les différents logiciels métier médicaux, logiciel d'anesthésie, logiciels de bloc opératoire, fiche de traçabilité de traitement des endoscopes. Les interfaces sont organisées permettant la concertation et la coordination entre les professionnels et les secteurs d'activité.

Les interfaces avec les secteurs cliniques sont organisées par le staff de programmation et par importation dans le dossier patient de divers documents de liaison en version informatisée ou obtenu à partir d'une impression papier. La prise en charge de complications éventuelles lors d'un examen est organisée avec les équipes du bloc opératoire.

Les interfaces avec les secteurs médico-techniques sont formalisées. Le circuit de traitement des examens biologiques et anatomo-pathologique est organisé et formalisé (stockage, traçabilité des prélèvements).

La gestion des approvisionnements des médicaments, des dispositifs médicaux, les modalités d'acheminements, les conditions de stockage, la gestion des péremptions sont organisées avec la pharmacie.

L'EOH organise selon les dispositions réglementaires et planifie les prélèvements des endoscopes, des ESET et les prélèvements environnementaux (eau, air, surface). L'identification du risque ATNC est organisée. Le bionettoyage est organisé selon les dispositions décrites dans le processus bloc opératoire ainsi que le circuit du linge et des déchets.

La gestion des événements indésirables est organisée selon la procédure institutionnelle.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur d'endoscopie sont établis en déclinaison du programme institutionnel. Les cadres de bloc sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Ils recensent, trient et hiérarchisent les événements indésirables (EI) en collaboration avec les pilotes de la thématique endoscopie.

La déclaration des événements indésirables est faite dans le logiciel institutionnel. L'analyse, la hiérarchisation et le traitement du risque sont assurés par la cellule qualité avec retour d'information au cadre de santé. Conformément à la démarche institutionnelle les événements indésirables les plus graves sont analysés en RMM. Les praticiens participent aux RCP. La mise en place de PACTE en gastroentérologie a permis de fluidifier les interactions entre les différents acteurs et d'améliorer la communication en équipe. La réunion mensuelle permet de réajuster au fur et à mesure les dysfonctionnements éventuels.

La responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des audits de pratique sont réalisés : audit check-list endoscopie, évaluation de la mise en œuvre de l'évaluation du risque Maladie Creutzfeldt Jakob MCJ, traçabilité de la sortie en SSPI.

Les actions correctives sont mises en œuvre et les professionnels d'endoscopie participent à la définition et à la mise en place des plans d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles.

Les ressources humaines en compétences et en effectifs sont adaptées à l'activité réglée et en urgence. Au bloc opératoire sont programmées des endoscopies digestives tous les jours sous anesthésie générale et locale avec un circuit identifié entre l'unité de chirurgie ambulatoire et le bloc dédié. Les endoscopies bronchiques sont également organisées au bloc opératoire. Les patients sont ensuite surveillés en SSPI commune avec celle du bloc opératoire avant de repartir en chirurgie ambulatoire avant « mise à la rue ». Les cystoscopies disposent d'un circuit ambulatoire et sont réalisées au bloc opératoire dans une salle dédiée. Il existe une formation habilitante pour les AS dédiée au nettoyage, la formation des IDE est réalisée en interne. Les actions de formations internes mises en œuvre concernent la formation au nettoyage-désinfection des endoscopes notamment de l'aide-soignant référent au IDE d'astreinte au bloc opératoire, la formation par l'EOH des aide-soignants et IDE référentes sur les nouvelles procédures (techniques de prélèvement sur endoscopie) et les ASH notamment sur le bionettoyage et la réfection d'un bloc endoscopique, la formation dispensée en interne aux équipes par les praticiens sur les techniques et innovations en endoscopie. Les nouveaux arrivants sont pris en charge selon le dispositif institutionnel. Les remplacements sont assurés par des vacataires fidélisés, l'établissement n'a pas recours pas à l'intérim.

Les locaux sont adaptés, ventilés, entretenus et permettent un bio-nettoyage adapté. L'asepsie progressive est respectée. Les prélèvements environnementaux (surface, eau, air) sont réalisés, selon le planning validé par le CLIN par un laboratoire extérieur.

Un parc de matériel est en place sur les deux sites : fibroscopes gastriques, coloscopes, duodénoscopes, fibroscopes bronchiques, cystoscopes... bacs et paillasse de lavage manuel, 4 Laveurs-Désinfecteurs, Enceinte de Stockage des Endoscopes. Chaque endoscope a un suivi et une traçabilité. Les équipements

en panne sont réparés ou éventuellement remplacés si non réparables. La matériovigilance est assurée par le pharmacien gérant.

Les prélèvements microbiologiques des endoscopes et des ESET sont réalisés par l'EOH en collaboration avec l'aide-soignante référente. La maintenance préventive et curative des endoscopes et des équipements (Laveurs-Désinfecteurs, ESET) est réalisée et tracée. Les stocks de matériel stériles et les dates de péremption des consommables sont contrôlés et tracés.

Le matériel de protection des professionnels est disponible (casaques, surblouses, masques, lunettes), leur port a fait l'objet d'un audit en octobre 2019, résultats totalement conforme.

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les protocoles actualisés de prise en charge et d'entretien et de désinfection des endoscopes accessible sur le dispositif de gestion documentaire informatisé. Ils disposent des informations nécessaires à la prise en charge du patient: dossier patient, programme d'endoscopie actualisé. Les MAR disposent de leur logiciel métier au bloc d'endoscopie leur permettant d'accéder à la consultation d'anesthésie de suivre et tracer la période per et post-interventionnelle.

Les patients disposent des documents d'information : livret d'accueil, consentements, fiche d'information des Sociétés Savantes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

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

Les activités d'endoscopie sont régulées par le staff de programmation et l'IDE de programmation de l'UCA pour les actes réalisés au bloc opératoire et sur les plateaux techniques par l'IDE secrétaire du service d'urologie qui planifie les actes en fonction des vacances des praticiens. Les urgences sont intégrées dans la programmation journalière.

Les circuits sont respectés :

- Pour les secteurs de gastro-entérologie et de pneumologie : Il est réalisé un appel de la veille. Les patients sont accueillis par l'IDE en UCA. L'identité, le jeûne et/ou la préparation et le dossier sont vérifiés. Une tenue jetable est remise, ainsi qu'un vestiaire fermant à clé. Un bracelet d'identification est fixé au poignet. A l'heure prévue les patients se rendent à pied ou en chaise roulante au bloc d'endoscopie accompagnés par un brancardier. Au bloc opératoire ils sont accueillis dans un secteur d'attente individualisé et fermé par un rideau. Après l'examen ils sont conduits en SSPI pour surveillance avant de remonter accompagnés d'une brancardier en chaise roulante à l'UCA.
- Pour le secteur ambulatoire, la prise en charge est directe dans une salle d'attente à proximité du bloc endoscopique urologique. Les patients sont identifiés, se déshabillent et mettent une tenue jetable avant de se rendre directement en salle de bloc, puis sont surveillés en SSPI avant une sortie directe.

Le circuit des endoscopes respecte la marche en avant : les endoscopes propres et salles sont identifiés par un code couleur, respectivement vert et rouge. Les endoscopes propres en gastro entérologie sont stockés directement dans l'ESET.

La check-list "sécurité du patient en endoscopie " est mise en œuvre et tracée, en respectant les trois temps de concertation, en présence des praticiens concernés et de l'anesthésiste. Elle est intégrée dans le dossier du patient.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'échange d'informations avec les secteurs cliniques est assurée par le dossier médical.

Les interfaces avec le secteur biomédical permettent d'assurer un suivi répondant aux attentes des utilisateurs. Avec l'EOH, le risque infectieux est pris en compte.

La traçabilité des actions et activités est assurée.

La traçabilité des vérifications quotidiennes est réalisée. L'ouverture des salles d'examens et de la SSPI et leur fermeture sont tracées. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont tracées dans le dossier du patient. Le protocole d'anesthésie, la surveillance interventionnelle et en SSPI sont intégrés dans le logiciel d'anesthésie.

La traçabilité des actes d'endoscopie, par patient et par endoscope, du matériel et des procédés de traitement des endoscopes, des dispositifs médicaux utilisés (pince, clip..) sont réalisées. L'opérateur, l'IDE, le numéro de l'endoscope, son statut, la désinfection de l'endoscope avant l'acte d'endoscopie et le traitement de l'appareil après l'acte d'endoscopie sont tracés dans une fiche de traçabilité du traitement des endoscopes identifié avec l'étiquette du patient. Le ticket de traçabilité du LDE y est agrafé. La procédure et la traçabilité liées aux risques ATNC sont opérationnelles.

Les contrôles bactériologiques sont tracés : bio-nettoyage des locaux et des surfaces, contrôles de la qualité l'air et de l'eau, prélèvements de surfaces, prélèvements microbiologiques réguliers des endoscopes et des ESET. Les pannes et envois en réparation sont tracés.

La sortie de SSPI est validée par le MAR. La sortie de l'hôpital validée par un score de mise à la rue intégrée est signée par le praticien dans le dossier du patient.

Les instances sont opérationnelles, notamment le Conseil de bloc.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif d'évaluation et de suivi quantitatif et qualitatif.

Un bilan d'activité est réalisé : nombre total d'actes, taux de débord des vacations, taux de vacations opératoires.

Un suivi qualitatif est assuré : IQSS Tenue du dossier patient critère 12 (présence d'un dossier anesthésiste) et critère 11 (autorisation de sortie patient de SSPI validé par un médecin anesthésiste), nombre de déclarations d'évènements indésirables, exploitation des questionnaires de satisfaction. Des audits check-list en endoscopie, mise en œuvre de la traçabilité de l'évaluation du risque prion MCJ.

Les indicateurs proviennent aussi des audits réalisés par l'EOH. Il suit les résultats micro-biologiques des prélèvements : nombre et pourcentage de prélèvements par type d'appareil (coloscope, bronchoscope...), nombre et pourcentage de conformité, motif et type de non conformités. Les prélèvements environnementaux (eau, air, surface) également sont suivis. Ont été également suivi le port d'EPI en endoscopie, les bonnes pratiques de désinfection en endoscopie et les techniques de prélèvement sur endoscope.

4 EPP sont en place : l'évaluation de la check-list, la réalisation de patient traceur, l'audit de bonnes pratiques en endoscopie du GREPHH et le PACTE en secteur de gastro-entérologie.

Les évènements indésirables les plus importants sont analysés en RMM. Les EPR (évènements porteurs de risque) sont déclarés directement à la HAS dans le cadre du PACTE.

Ces évaluations sont exploitées pour identifier les actions correctives, en particulier, l'adaptation du parc d'endoscopes au regard des besoins et des organisations en place. Elles sont communiquées aux professionnels lors des réunions de service et lors de conseils de bloc, et accessibles aux professionnels via l'intranet et communiquées aux instances (CME, CLIN, direction).

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. Il faut citer les formations adaptées des équipes, la généralisation de la check-list à toutes les spécialités réalisant des endoscopies.

La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers avec les moyens institutionnels.

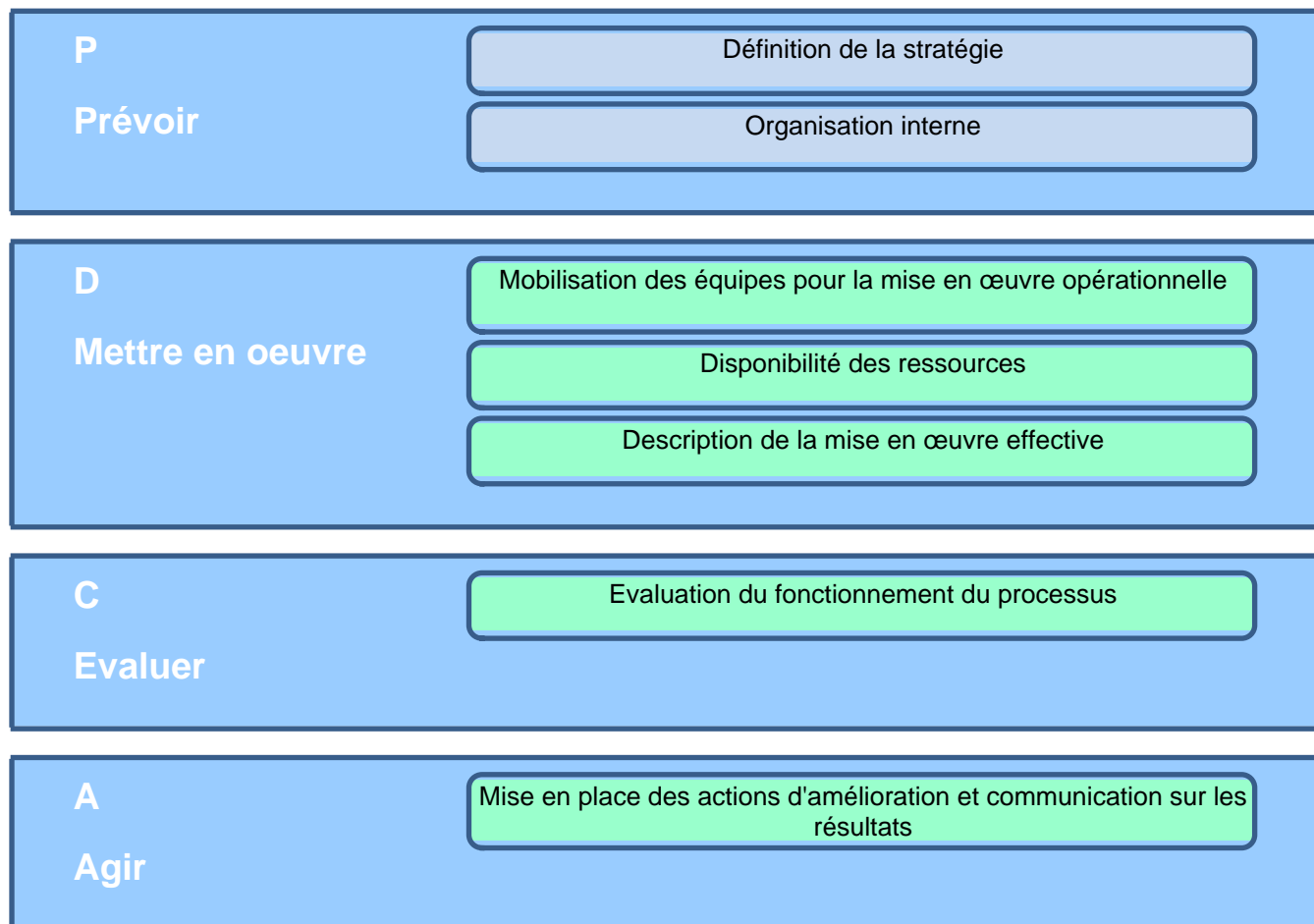
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

Une identification des besoins et une analyse des risques ont été réalisées pour ce processus à risque en tenant compte de la réglementation exigée d'une maternité de niveau 1 du Sud Toulousain qui assure la prise en charge des grossesses normales, ou à bas risque maternel, foetal et obstétrical. Le processus tient compte également des bonnes pratiques promues notamment par le réseau périnatalité d'Occitanie (réseau sécurité naissance) et les orientations du CPOM 2019-2023 (objectifs stratégique 20.3, 20.5 20.6) et stratégiques de l'établissement : axe 1 : développer l'attractivité de l'établissement, par la réponse aux besoins de santé du territoire et l'organisation en logique de parcours de soins » ; objectif 1 : « Maintenir sur le bassin une maternité de niveau 1 et encourager le développement de l'activité d'obstétrique ».

Le projet du service maternité 2020-2025 récemment établi comporte 4 axes :

- Promouvoir, accompagner et soutenir l'allaitement maternel auprès des professionnels et des familles
- Améliorer l'accueil et la prise en charge du nouveau-né
- Améliorer la traçabilité des surveillances, actes, événements et traitements de la mère et de l'enfant
- Développer les bilans d'obstétrique en hospitalisation de jour

Une cartographie des risques a été remise à jour en 2019 par les pilotes gynéco-obstétricien et cadre du secteur, la cotation gravité-fréquence-maîtrise a permis de dégager une criticité résiduelle permettant de hiérarchiser les risques les plus importants et les verser au compte qualité. Le conseil d'obstétrique pluridisciplinaire a contribué à la démarche. Le plan d'action en regard est intégré au PAQSS de l'établissement, le suivi des actions est assuré par les pilotes de la thématique, la direction des soins également coordonnatrice des risques et la cellule qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Il s'agit du binôme associant le médecin gynéco-obstétricien chef de service et président du conseil de bloc, et la cadre sage-femme du pôle obstétrical. Le rôle et les responsabilités des pilotes, un organigramme et des fiches de missions sont définis. Une charte de fonctionnement de la maternité, mise à jour en décembre 2019, décrit l'ensemble du fonctionnement des différents secteurs, salles de naissance, bloc obstétrical, secteur de suites de couches. Par ailleurs, a été mis à jour un manuel d'assurance qualité décrivant l'organisation des activités du secteur de naissance et le management qualité et sécurité du secteur. La stratégie a été validée par les instances conseil obstétrical, CME et COPIL qualité.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines soignantes nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les effectifs médicaux et soignants correspondent aux besoins, notamment en termes de permanence des soins et de gestion des urgences obstétricales qui suivent une filière d'accès direct (un accès exceptionnel via les urgences est organisé). L'accueil des nouveaux professionnels est organisé avec du tutorat, les remplacements sont assurés avec un vivier de professionnels fidélisés, il n'y a aucun recours à l'intérim. Les formations sont adaptées aux besoins.

Par ailleurs, des temps d'échange au sein de l'équipe sont organisés : hebdomadaires pour analyser les accouchements plus complexes lors de débriefings internes, c'est également le cas lors de RMM.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés : les locaux spécifiques au secteur de naissance comportent 1 salle de pré-travail accessible à une patiente à mobilité réduite et une baignoire de détente et pouvant également servir de salle d'accouchement, 2 salles d'accouchement toutes équipées de matériel d'urgence obstétricale et anesthésique, 1 bloc opératoire plus spécifiquement attribué pour les césariennes au bloc central avec accès à la SSPI centrale, 1 salle de réanimation néonatale avec 2 couveuses chauffantes dont une équipée de matériel de réanimation néonatale descendu avec la patiente en cas de césarienne au bloc opératoire central. Les chariots d'anesthésie et d'urgence vitale (mère et nouveau-né) sont prévus et conformes. La gestion du matériel et des locaux est organisée y compris la maintenance curative et préventive.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. De nombreuses procédures sont intégrées dans la GED de l'établissement. Un passeport maternité complet décrivant précisément toute l'offre de prise en charge est remis dès la première visite aux futures mamans. La procédure d'appel en urgence "code couleur" est en place, il existe par ailleurs un bouton d'appel spécial dans toutes les salles de naissance à activer en cas d'urgence vitale césarienne code rouge et un accès priorisé à l'ascenseur pour descendre au bloc, cet aspect avait fait l'objet d'un écart à la précédente visite et a été corrigé.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée avec les services médico-techniques et le secteur d'hospitalisation, le service d'anesthésie ainsi que l'USC. Sont organisés notamment les relations avec le laboratoire de biologie, le dépôt de sang et l'EFS, la pharmacie, la stérilisation.

La clinique de l'Occitanie, membre du réseau Périnatal a également établi des coopérations avec les sages-femmes libérales du territoire et la PMI pour améliorer le lien ville-hôpital, participe au dispositif PRADO de la CPAM et a organisé les transferts post natal et in utéro (via la coordination du réseau) vers la clinique Ambroise Paré de Toulouse maternité de niveau 2 et le CHU de Toulouse maternité de niveau 3.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes est réelle et se traduit à travers l'élaboration du nouveau projet de service décliné en 4 axes. Le projet de naissance est effectif avec des consultations prénatales permettant de jalonner toute la grossesse en accompagnant les futurs parents, en respectant leurs choix et en promouvant la bientraitance. La mise en œuvre de staffs hebdomadaires permet de faire une revue régulière des accouchements et de traiter les situations plus difficiles notamment les deuils post nataux, les RMM permettent d'analyser des situations difficiles et d'envisager collectivement les améliorations à prévoir, mais aussi sont le lieu de mise en œuvre de formation continue. Les objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en collaboration avec la démarche institutionnelle.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

La continuité de la prise en charge des parturientes et des nouveau-nés est assurée par l'équipe composée de gynécologues-obstétriciens en astreinte opérationnelle et de garde, d'anesthésistes et de pédiatres de garde, et de l'équipe soignante (sages-femmes, auxiliaires de puériculture et ASH dédiés). Le planning hebdomadaire est accessible et diffusé, tous les numéros utiles sont affichés de manière claire en salle de naissance. Les nouveaux embauchés sont formés dès leur arrivée notamment sur l'hygiène, la gestion des risques (passeport qualité et gestion des risques) et l'utilisation du dossier informatisé notamment les prescriptions pour les sages-femmes. Un profil de compétence est disponible et permet de suivre l'intégration des nouveaux professionnels. Un plan de formation annuel mis en œuvre permet d'adapter les compétences aux objectifs du secteur.

Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) sont assurées. Le matériel dont l'obsolescence approche est renouvelé. Le bionettoyage est organisé. Le circuit des déchets est établi avec une procédure élaborée par l'EOH, les locaux intermédiaires pour les déchets et le linge sale sont conformes. L'organisation logistique de commande des dispositifs médicaux. Les maintenances préventives et curatives sont assurées.

Les ressources en documentation sont disponibles sur la GED. Les professionnels connaissent l'utilisation de l'Intranet pour les retrouver aisément. Les procédures concernant la prise en charge de l'accouchement et notamment les complications éventuelles sont disponibles ainsi que de nombreux documents concernant le nouveau-né en particulier en cas d'urgence mais également en cas d'adoption, d'accouchement dans le secret ou de décès de l'enfant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur et les professionnels rencontrés (médecins, sages-femmes, auxiliaires de puériculture, ASH) connaissent et mettent en œuvre l'organisation définie pour le fonctionnement et les protocoles établis pour la prise en charge du patient. L'identitovigilance est appliquée, ainsi que l'information, la bientraitance notamment en matière d'intimité et de pudeur, et la prise en charge de la douleur.

Des temps d'échange au sein de l'équipe sont organisés au minimum hebdomadaire pour analyser les situations notamment les prises en charge plus complexes.

Les circuits sont respectés et les interfaces avec le bloc opératoire lors des césariennes sont opérationnelles ainsi que ceux avec l'EFS, le laboratoire, la radiologie. La sage-femme est chargée d'aider à l'installation de la patiente en particulier la nuit et en cas de césarienne code rouge. La check-list du bloc obstétrical est informatisée, connue et tracée. L'évaluation et la prise en charge de l'hémorragie du post partum est anticipée, protocolisée, les interfaces avec l'EFS et les chirurgiens vasculaires en cas de nécessité d'embolisation sont établies et opérationnelles.

Les entretiens des salles et des matériels sont effectifs et conformes aux préconisations de l'EOH, de même que les tenues en salle de naissance.

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée incluant les vérifications effectuées (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôle). Les actes sont tracés sur un partogramme informatisé, seul le suivi anesthésique est tracé sur un dossier papier.

La température des réfrigérateurs est relevée et tracée. Le suivi du chariot d'urgence est également tracé, le kit hémorragie du post-partum est disponible au bloc. L'organisation du transfert du fœtus ou de l'enfant mort-né est effective pour permettre aux parents de voir le corps avant le transfert éventuel en foetopathologie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur de naissance participe à l'évaluation de son activité :

- par le suivi d'indicateurs cliniques en obstétrique et néonatalogie nationaux IQSS, le recueil 2017 a montré des résultats en B en 2016 un indicateur TDP2 critère 11 "présence du compte-rendu d'accouchement" à 97%. Ils ont été pris en compte dans le compte qualité.
- par un suivi annuel d'indicateurs quantitatifs (nombre d'accouchements, nombre d'exercices simulation code rouge, nombre de réunions, nombre de FEI...) et qualitatifs (exhaustivité de traçabilité du partogramme, délai décision selon code, taux de césariennes et de césariennes en urgence..) issus du cahier d'accouchement.
- par un suivi de la satisfaction de l'application du projet de naissance, du confort de la salle de naissance, de la place donnée au père, du programme Materniteam est également réalisé.
- Par les RMM, 2 à 3 fois par an, les débriefings code rouge, les patients traceurs, la participation régulière aux réunions du Réseau Périnatalité Occitanie par le suivi de la satisfaction des usagers et via e-satis.

A / AGIR

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

Le secteur de naissance mobilise les résultats de ses indicateurs pour déterminer et mettre en œuvre les actions d'amélioration, les actions sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le suivi de la réalisation des actions est assuré par les pilotes ainsi que la cellule qualité.

Les modalités de diffusion sont établies. La diffusion a lieu lors des réunions de service, lors des transmissions par l'encadrement aux professionnels paramédicaux et lors des RMM.

Les indicateurs sont disponibles, affichés pour les professionnels, présentés aux instances et à la CDU.