



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION
RHENA - CLINIQUE DE
STRASBOURG

10 rue francois epailly

Cs 50003

67016 STRASBOURG

DÉCEMBRE 2019

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	48
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	58

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 RHENA GCS ES	
Adresse	10 rue francois epailly 67016 STRASBOURG
Département / région	BAS-RHIN / GRAND-EST
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	670017441	ASSOCIATION RHENA	10 rue francois epailly 67016 STRASBOURG
Entité juridique	670017847	GCS ES RHENA	10 rue francois epailly Cs 50003 67016 STRASBOURG
Etablissement de santé	670018068	CLINIQUE RHENA GCS ES	10 rue francois epailly Cs 50003 67016 STRASBOURG
Etablissement de santé	670017458	CLINIQUE RHENA ASSOCIATION	10 rue francois epailly 67000 STRASBOURG

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	165	/	47
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	24	/	/
MCO	Médecine	53	23	/
SSR	SSR	45	/	/

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

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

Coopération avec d'autres établissements	
--	--

Regroupement / Fusion	
-----------------------	--

Arrêt et fermeture d'activité	
-------------------------------	--

Création d'activités nouvelles ou reconversions	
---	--

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	médecine	A définir	urgences	complexe	MCO
2	Adulte	chirurgie	A définir	programmé	simple	MCO
3	Adulte	chirurgie ambulatoire	A définir	programmé	simple	MCO
4	Adulte	gynéco-obstétrique	A définir	non programmé	simple	MCO
5	Adulte	SSR	A définir	programmé	simple	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

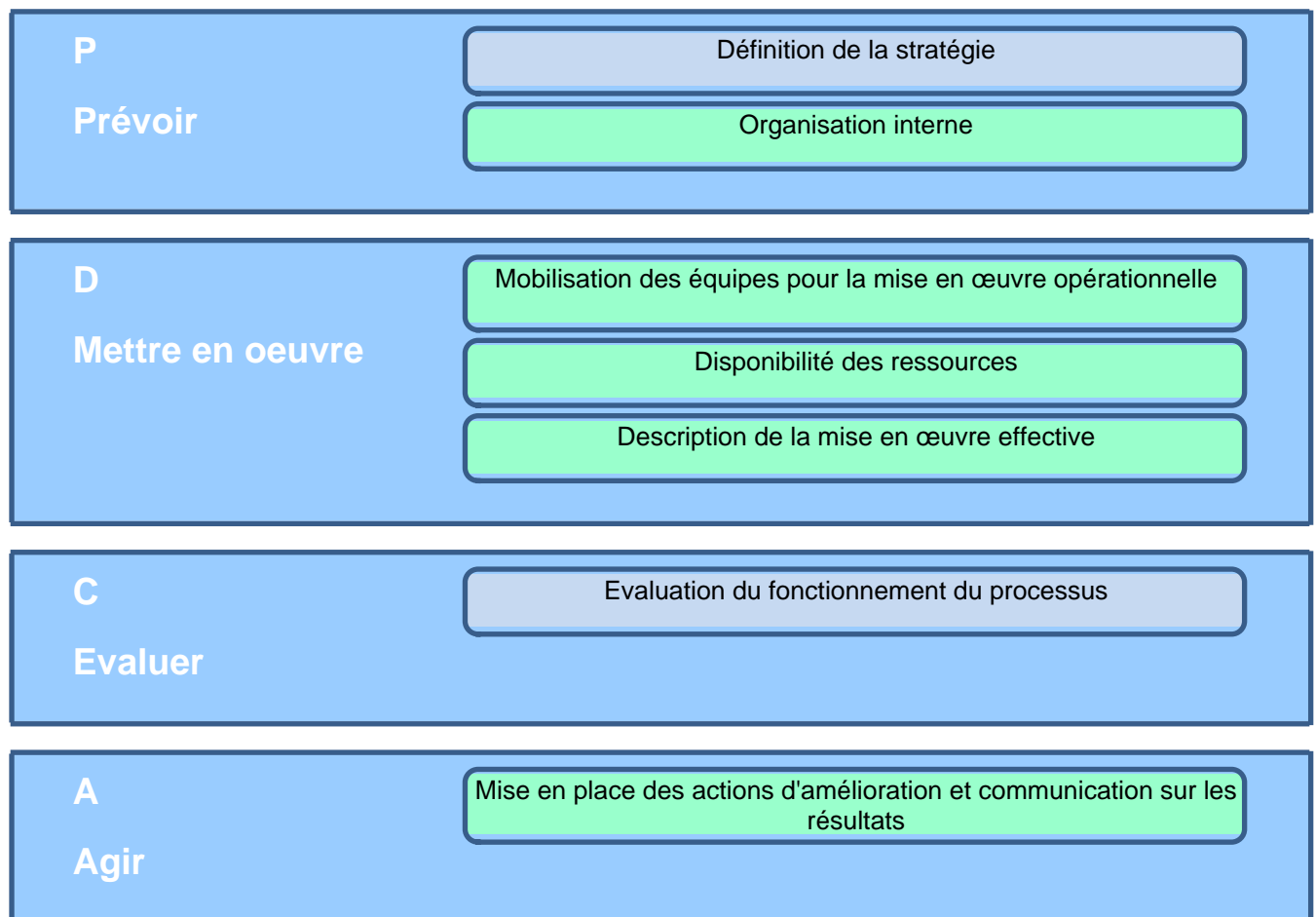
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Ouverte le 27 février 2017, la clinique RHENA de Strasbourg est un établissement de santé privé à but non lucratif de 368 lits et places. Elle est issue du regroupement des cliniques ADASSA, DIACONAT et Sainte ODILE de Strasbourg. Elle est actuellement constituée du GCS ES RHENA (qui a l'autorisation des activités de chirurgie, chirurgie du cancer, chirurgie esthétique, médecine, obstétrique, médecine d'urgence), de l'association RHENA (qui est un ESPIC autorisé à exercer l'activité de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle de jour et le SSR) et d'un GCS de moyen sur les fonctions partagées (PUI, Achats, SI, restauration, logistique, qualité, Direction).

Située au cœur de la « nouvelle Neustadt » sur les berges du Rhin, dans le quartier des Deux Rives à Strasbourg, la clinique RHENA propose au patient une offre de soins diversifiée en médecine, chirurgie, obstétrique, urgences et SOS mains et en soins de suite et réadaptation.

La clinique RHENA de Strasbourg dispose d'une politique qualité et sécurité des soins construite autour des valeurs humanistes des trois institutions strasbourgeoises qui l'ont créée. Actualisée en 2017, cette politique est incluse dans le projet de soins et dans le projet médical et comprend cinq objectifs stratégiques prioritaires à savoir : s'assurer de la conformité aux textes législatifs et réglementaires, rechercher en permanence la sécurité dans la prise en charge des patients, assurer une réponse optimale aux attentes et besoins des usagers, développer des actions d'amélioration sur les thématiques « prise en charge médicamenteuse, bloc opératoire, endoscopie, l'obstétrique, la gestion du risque infectieux, l'identitovigilance, la prise en charge transfusionnelle » et rechercher l'efficacité. A travers ces cinq objectifs, la clinique RHENA s'engage à l'amélioration de la sécurité et de la qualité de la prise en charge des patients et de leur confort pendant les séjours.

Aussi, cette politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge prend en compte les résultats de l'analyse des risques réalisée sur tous les processus selon une méthode commune et appropriée, les résultats des évaluations et de la satisfaction des patients, les contrôles externes et internes, les résultats de la certification, le bilan des événements indésirables et les obligations réglementaires. Cette politique intègre également les stratégies de développement des EPP, d'approche processus et du suivi bilan des plaintes et réclamations.

Les quatre représentants des usagers, adhérents d'associations agréées, sont impliqués dans le fonctionnement de la clinique, l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie d'amélioration de la qualité-gestion des risques, à travers le projet des usagers. Ils participent à la commission des usagers, au CLIN, CLUD, CLAN, à la commission d'hôtellerie-restauration et au co-pilotage de certains processus.

La politique du management de la Qualité et de la gestion des risques présentée par La clinique RHENA de Strasbourg est déclinée en programme global d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (PAQSS). Ce dernier est articulé avec l'ensemble des plans d'actions établis et comprend des actions avec des responsables, échéances et modalités de suivi. Il est articulé avec les différents plans d'actions du compte qualité et a été validé par les instances décisionnaires (Directoire, COPIL Qualité-GDR et CME).

ORGANISATION INTERNE

Dans son organisation interne, la clinique RHENA de Strasbourg a structuré une organisation du processus de management de la qualité et gestion des risques avec un pilotage stratégique et un pilotage opérationnel pour assurer le bon fonctionnement de ce processus. Ce pilotage de la démarche se décline à travers une équipe de gouvernance, une équipe de coordination, et une équipe opérationnelle.

Le pilotage stratégique du processus de management de la politique qualité-gestion des risques est assuré par le Directeur Général, les Directeurs Généraux Adjointes, le président de la CME et les directrices de soins.

Le pilotage opérationnel (coordination) de la démarche qualité-gestion des risques est assuré par l'adjoint de direction qualité-gestion des risques en collaboration avec le coordonnateur gestion des risques associés aux soins et le responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Ce pilotage se structure autour du Comité de Pilotage qualité-gestion de risques composé de dix membres et du médecin anesthésiste coordonnateur des risques associé aux soins.

Le rôle et responsabilités des pilotes désignés sont décrites dans leurs fiches de fonction (QGR-FP-035) et leurs missions sont formalisées (QGR-FP-018) et ont fait l'objet d'une formation.

Le pilotage du déploiement des EPP est organisé par la cellule qualité et le copil qualité -gestion des risques. Néanmoins, l'implication de la CME, en tant qu'instance, dans l'organisation et le pilotage de la démarche EPP n'est pas toujours effectif. En effet, les résultats des EPP présentées aux experts lors de la visite ne sont pas suivis en CME. Le tableau des EPP ne fait pas l'objet d'une validation par la CME au

moment de l'initiation, de la clôture ou reconductions éventuelles des EPP; Aucun compte rendu des réunions de la CME investigué ne fait état du suivi des EPP en CME, ce que confirment aussi certains praticiens rencontrés lors de la visite dans les secteurs cliniques.

L'organisation du processus management de la qualité-gestion des risques repose sur les instances et comités décisionnaires où on retrouve la direction, la CME, le CLIN, le CLAN, le CLUD, le COMEDIMS, le COVIRISQ, le Csth et la CDU.

Une cellule qualité et gestion des risques, composée de trois personnes (Adjoint de direction qualité et gestion des risques, Chargée de projet qualité et Directeur Général Adjoint) assure les missions de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des actions des démarches qualité et programme institutionnel d'actions d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. La clinique de RHENA prévoit également une équipe pluridisciplinaire pour assurer la mise en œuvre des RMM-RETEX de toutes les spécialités à risque de la clinique.

Des référents sont également nommés pour assurer l'accompagnement de la démarche qualité et gestion des risques être layer l'information auprès des équipes de terrain.

Au regard de des orientations stratégiques et objectifs définis dans la politique qualité et gestion des risques, la clinique RHENA a structuré une organisation avec des équipes pluridisciplinaires (médicales et paramédicales) composées de près de 1 100 professionnels dont 300 praticiens répartis dans 23 spécialités et au sein d'un plateau technique complet sur une même unité de lieu.

En termes des ressources humaines en compétences, la clinique RHENA de Strasbourg prévoit pour la gestion de son processus de management de la qualité et des risques, des ressources au poste de responsable Qualité, d'assistante qualité, de RSMQ (pharmacien gérant), de coordonnateur des risques associé aux soins et des responsables de vigilances sanitaires.

Le plan de formation annuelle de la clinique intègre les besoins de formation sur la qualité -gestion des risques et vigilances sanitaires, notamment des formations internes sur l'audit patient traceur, le CREX, l'analyse des risques, la douleur, l'hygiène. La formation des personnels nouvellement arrivés est également prévue.

La clinique RHENA prévoit également différents outils qualité-gestion des risques et un système de gestion documentaire pour centraliser l'ensemble d'informations documentées de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins spécifiques identifiés sur la prise en charge des patients au sein de la clinique de RHENA, la direction, l'encadrement des secteurs d'hospitalisation complète et d'HDJ, les pilotes du processus de management de la qualité et gestion des risques et les pilotes des autres processus mobilisent les équipes de terrain dans l'élaboration du compte qualité et dans la déclinaison des axes stratégiques et objectifs qualité et gestion des risques en plans d'action opérationnels.

Les représentants des usagers rencontrés se mobilisent à travers leur initiative d'actions d'amélioration sur la formalisation d'un projet des usagers, l'analyse qualitative des observations des patients dans les questionnaires de satisfaction, la participation à la semaine sécurité patiente et la journée européenne des droits des patients. Ils sont impliqués aussi dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

La responsable qualité, les pilotes des processus, la responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et les référents qualité sensibilisent les professionnels sur la démarche qualité institutionnelle et sur la démarche de la gestion des risques identifiés dans les secteurs ou processus.

Les professionnels de terrain et les représentants des usagers sont très mobilisés auprès des patients pour assurer une meilleure prise en charge permettant de se réapproprier une autonomie. Une minute qualité est instaurée à la CME pour permettre à la cellule qualité de sensibiliser les médecins sur la qualité. Les réunions d'instances, la semaine sécurité patient et la journée européenne sur les droits des patients constituent des actions de mobilisation des professionnels de la clinique et des RU sur les objectifs qualité et gestion des risques.

Des audits, EPP, enquêtes et suivis d'indicateurs sont réalisés en lien avec les professionnels de terrain de trois structures de la clinique RHENA pour s'assurer de la conformité des pratiques professionnelles dans la prise en charge des patients. Un quiz est réalisé sur la qualité et gestion des risques pour évaluer l'appropriation de la démarche qualité-gestion des risques par les équipes.

Les professionnels de trois structures (CGS ES RHENA, association RHENA et GCS de moyen) sont associés dans les évaluations réalisées et dans la mise en œuvre des actions correctives par rapport aux dysfonctionnements, événements indésirables identifiés, résultats non satisfaisants ou à la baisse des résultats des indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En termes de compétences disponibles et dédiées au management de la qualité et gestion des risques, la clinique RHENA de Strasbourg dispose de deux personnes (1,8 ETP) qualifiées sur la gestion de la qualité

et des risques, ces deux personnes travaillent en étroite collaboration avec le DGA. Le pharmacien gérant assure le MPECM à auteur environ 0,2 ETP. Du fait de la fusion des trois cliniques, il a été décidé stratégiquement de positionner le président de CME (médecin anesthésiste exerçant à titre libéral) en tant que Coordonnateur gestion des risques associés aux soins et président de la RMM de la clinique. Il est sollicité autant que nécessaire dans le cadre de ces missions. Des pilotes et co-pilotes de processus sont désignés, les responsables de service assurent le rôle de référent qualité et des responsables de vigilances (hémovigilance et sécurité transfusionnelle, pharmacovigilance et matériovigilance) sont nommés. La clinique dispose aussi des groupes de travail et les référents pour assurer le relai opérationnel de la démarche qualité et gestion des risques.

Des formations spécifiques sont réalisées, notamment des formations en hémovigilance et sécurité transfusionnelle, sur la sécurité des biens et des personnes, la radioprotection, aux situations de crise, à l'audit, approche processus et PDCA, patient traceur et management qualité-gestion des risques. Un module de formation qualité-gestion des risques est réalisé pour les nouveaux arrivants et stagiaires

Le dispositif de gestion documentaire, mis en place pour centraliser et faciliter la gestion de la base des documents qualité de la clinique, est opérationnel. Il comprend 479 documents applicables. L'accès au logiciel de gestion documentaire et au classeur papier des documents disponibles est donné à l'ensemble du personnel des secteurs visités.

Un ALMANACH qualité-gestion des risques compile les documents utiles à l'organisation des processus.

La majorité des documents, diffusés via le logiciel de gestion documentaire, sont disponibles pour tous les professionnels concernés. et sont mis à jour à périodicité définie et autant que de besoin.

Les règles de rédaction, vérification, validation, diffusion et de mise à jour des documents qualités de ces documents sont établies pour permettre la protection de l'ensemble des documents informatiques mis à disposition. Toutefois, les règles de gestion documentaire ne sont pas toujours respectées. Il a été constaté des classeurs papiers, utilisés dans les secteurs de chirurgie (molle et dure), médecine générale et gynéco-obstétrique, comportant des protocoles raturés, modifiés de façon incontrôlée et non formalisés ni validés. Ce qui peut constituer un risque d'erreur de posologie pour les soignants utilisant ces protocoles non maîtrisés dans le circuit de validation établi. En chirurgie, cela concerne un document sur un corpus de 60 documents. En maternité, cela concerne un document sur un corpus de 44 protocoles faisant partie d'une base documentaire de 592 documents en maternité. Ces 44 documents sont issus des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, diffusés pour application dans le Réseau alsacien de périnatalité dont dépend la clinique RHENA. En médecine générale, cela concerne un document un document de préparation colique regroupant les consignes de l'ensemble des gastro-entérologues en cours de validation par les médecins. Il n'y a pas de FEI portant sur cette thématique.

Les locaux et équipements mis à disposition pour le management de la qualité et des risques sont adaptés et entretenus. Des outils qualités appropriés, classeurs des documents papiers et des logiciels qualité informatiques (gestion documentaire et enquête de satisfaction), des méthodes qualités et grilles d'analyse des risques sont mis à disposition des professionnels.

Des outils de communication interne ont été mis en place : Intranet logiciel de gestion documentaire, flash info, affichage des indicateurs, informations, réunions minute qualité et réunions d'encadrement et de service avec diffusion du compte rendu.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une démarche qualité-gestion des risques documentée est déployée et mise en oeuvre dans les différents secteurs de la clinique RHENA de Strasbourg. Elle est une déclinaison de la politique qualité-gestion des risques de la clinique et comprend la démarche d'évaluation des risques a priori, l'approche processus, la gestion des documents qualité et la démarche d'évaluation et d'amélioration. Cette démarche est effective dans les secteurs de chirurgie, médecine, SSR, urgences, bloc opératoire, pharmacie et secteur technico-administratif.

Les professionnels des secteurs de chirurgie, médecine, SSR, urgences, bloc opératoire, pharmacie et du secteur technico-administratif investigués mettent en oeuvre les actions déclinées de la politique d'amélioration qualité et gestion des risques.

Les représentants des usagers participent à la mise en oeuvre du programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins et des actions établies dans le cadre de leurs missions à la CDU.

Le dispositif de gestion des événements indésirables, mis en place, est opérationnel. Il permet de réaliser, à partir des fiches disponibles dans chaque service, des signalements d'événements indésirables identifiés par les professionnels. Ce signalement d'événements indésirables est généralisé et régulier dans la clinique. Des personnes ressources et groupes RETEX assurent l'analyse et le traitement des événements indésirables. Les événements indésirables graves sont analysés en RMM à l'aide de la méthode appropriée afin d'identifier leurs causes profondes. Le suivi des événements indésirables récurrents et non graves est effectif dans le bilan annuel de gestion des risques investigués. En outre, les professionnels déclarant ont le retour d'information sur le traitement de leurs fiches d'événements indésirables déclarés.

La coordination des dispositifs de vigilances, de veille sanitaire et de gestion des événements indésirables

est assurée au sein du COVIRIS par le COPIL qualité-gestion des risques, le médecin coordonnateur gestion des risques associés aux soins, le responsable du MPECM, de l'adjoint de direction QGR.

Les professionnels et les représentants des usagers sont impliqués dans l'exploitation des enquêtes de satisfaction, des plaintes et réclamations des patients. Les données d'exploitation des plaintes et réclamations sont intégrées aux données de gestion des risques pour contribuer à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

La majorité des professionnels rencontrés dans le secteur de chirurgie, médecine, SSR, urgences, bloc opératoire, pharmacie sont engagés dans la démarche EPP. Des RETEX sont réalisés à l'échelle des secteurs et à l'échelle de l'établissement et des RMM sont mises en œuvre en chirurgie, anesthésie, gynéco-obstétrique et dans les spécialités de cancérologie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique RHENA de Strasbourg développe une culture de l'évaluation qui est appropriée et intégrée dans le fonctionnement des professionnels de différents secteurs d'activités, avec une réévaluation systématique des processus et pratiques. Elle a réalisé plusieurs audits, une centaine d'EPP, des audits patients-traceurs, et des enquêtes de satisfaction des patients. Elle suit également des indicateurs IPAQSS, CAQES et autres indicateurs de pilotage. Un QUIZZ qualité-gestion des risques est également réalisé pour évaluer la connaissance des professionnels sur la démarche qualité-gestion des risques..

A / AGIR

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

Des revues périodiques du PAQSS et revue trimestrielle des EIG sont menées pour évaluer la mise en œuvre effective des actions d'amélioration préconisées.

Le suivi du programme d'action en cours est assuré par le comité de pilotage Qualité et gestion des risques et les résultats des actions menées et des indicateurs sont communiqués aux professionnels concernés via l'encadrement, la cellule qualité, la Direction des Soins, le Directeur Général Adjoint, le COSOINS, le COMEX et la CME.

Les usagers sont informés des résultats par voie d'affiches pour les indicateurs et par le biais des réunions de la CDU, le livret d'accueil et le site internet de la clinique

Le programme d'action (en cours) est suivi et réajusté au regard du bilan des actions réalisées trimestriellement ou en fin de chaque année, avec reconduction, suppression ou rajout de certaines actions en fonction de leur niveau de réalisation ou pas. La clinique RHENA développe également des indicateurs de valorisation ou de mesure de la performance de ses processus.

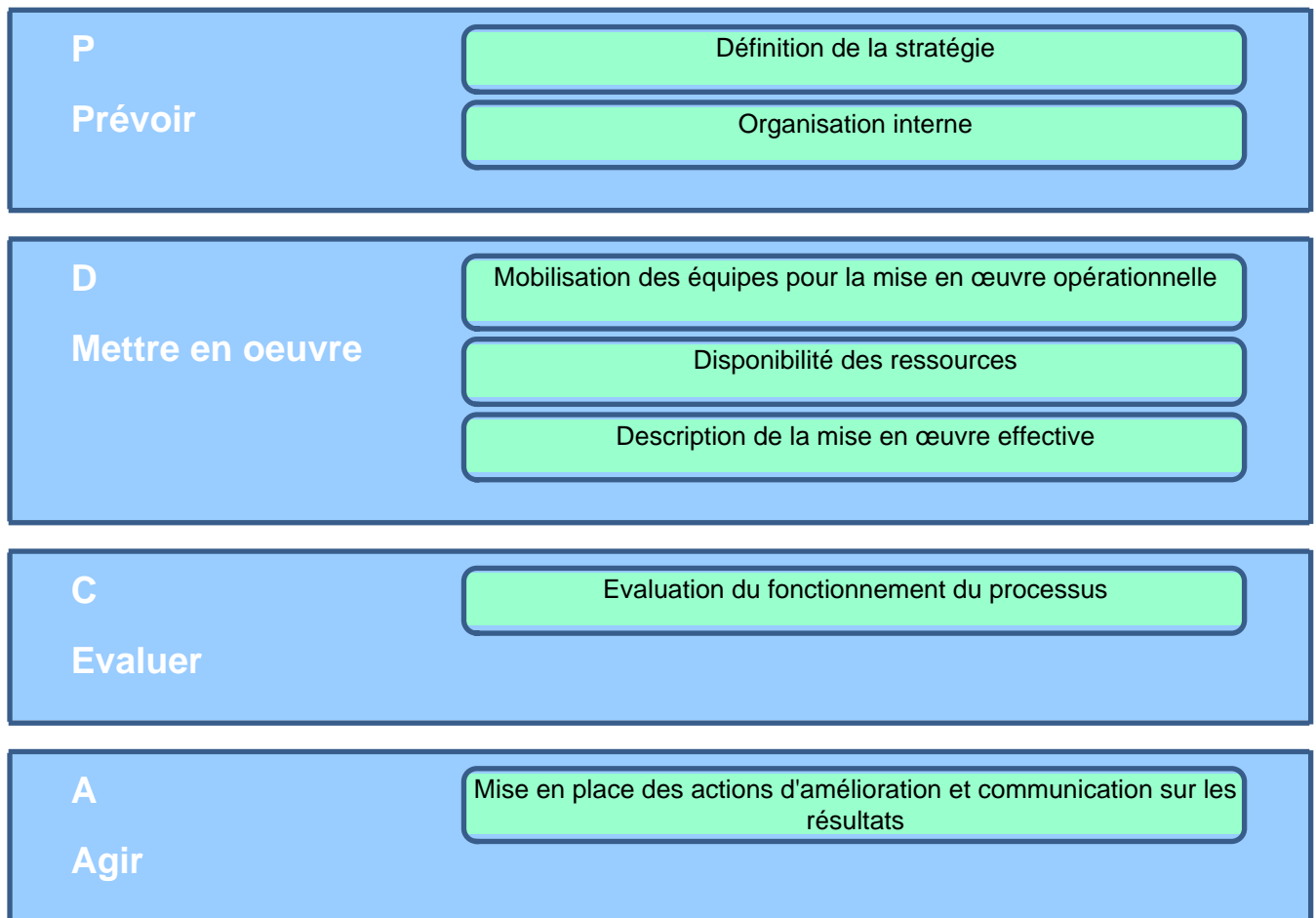
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 clinique de RHENA de Strasbourg a intégré la gestion du risque infectieux à sa politique qualité gestion des risques 2017 – 2022 dans son axe 5 : développer un système de gestion des risques centré sur les risques associés aux soins et à la lutte contre les infections nosocomiales. Cet axe est décliné en deux sous objectifs dont le premier est d'identifier et recenser les risques associés aux soins et promouvoir la mise en œuvre du dispositif de signalement et analyse des EIG et le deuxième est d'optimiser et associer l'ensemble des professionnels dans la démarche de la lutte contre les infections nosocomiales.

Il existe également une politique de maintenance préventive et curative qui date de 2017 suite à l'ouverture de l'établissement, Elle intègre le suivi de l'ensemble des structures techniques.

La stratégie de maîtrise du risque infectieux de la clinique RHENA intègre aussi la politique régionale de gestion du risque infectieux dans laquelle l'établissement est partie prenante.

Une cartographie des risques a été réalisée, elle est structurée en 4 thématiques : risques liés aux soins, environnement et travaux, secteurs à risques spécifiques et risques professionnels. Quatre risques prioritaires ont été ciblés et intégrés au compte qualité : -le risque d'infection du site opératoire, -les risques liés au mésusage des antibiotiques, - les risques infectieux liés aux liquides biologiques et -le risque de transmission croisée des microorganismes manuportés.

Ces risques ont fait l'objet d'actions d'amélioration qui sont intégrées au programme annuel du CLIN. Ce programme du CLIN 2018 – 2019 a été présenté en CME en septembre 2018 et a reçu une approbation générale. Il est articulé avec le PAQSS global de la clinique qui comprend des actions avec des responsables, échéances et modalités de suivi des actions.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus : un pharmacien, le président du CLIN anesthésiste et le médecin référent antibiotiques également anesthésiste.

Des correspondants hygiène sont également identifiés et concernant l'entretien des locaux un responsable est également identifié qui encadre l'équipe ASH, équipe interne à l'établissement.

Les pilotes disposent d'une fiche de mission institutionnelle. Les correspondants hygiène dispose également d'une fiche de poste, ils signent une charte du correspondant en hygiène.

Le CLIN, sous-commission de la CME est en place. Il existe un règlement intérieur du CLIN. Il précise les missions de cette instance. Le CLIN doit se réunir 3 fois par an. En 2018, il s'est réuni 2 fois. La composition du CLIN est pluridisciplinaire, elle permet une représentation de tous les secteurs. Un représentant des usagers est membre du CLIN.

La commission des anti infectieux (CAI) se réunit en continuité des séances du CLIN. Elle dispose également d'un règlement intérieur qui précise l'objectif de cette instance : améliorer la qualité de la prescription des antibiotiques.

Il existe un partenariat étroit entre le CLIN et le laboratoire d'analyse médicale. De même, l'établissement travaille en étroite collaboration avec le CHU Strasbourg comme établissement recours pour bénéficier d'un avis d'expert ainsi que la cellule régionale d'expertise en hygiène. Ce partenariat avec le CHU est régi par une convention.

Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est donc en place. Concernant la gestion du risque environnemental, l'établissement a contractualisé avec un prestataire la réalisation d'un programme de surveillance. La clinique prévoit une équipe opérationnelle d'hygiène, des équipes d'aides soignants et IDE pour assurer la prévention et la prise en charge du risque infectieux.

Le plan de formation de la clinique prévoit des formations spécifiques à la maîtrise du risque infectieux et les nouveaux arrivants y sont intégrés.

L'entretien des locaux est organisé en interne, selon le choix stratégique de l'établissement; la gestion du linge est sous traitée et la gestion des déchets est également organisée.

Une gestion documentaire est en place, elle est accessible à tous les professionnels sur la GED. Il existe également un intranet qui permet l'accès à deux sites spécifiques : antibioclic (aide à la prescription antibiotique) epopi (maladies infectieuses et tropicales- guide de traitement –référence pour une bonne pratique).

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus, le CLIN et l'équipe opérationnelle d'hygiène mobilise l'ensemble des personnels dans la démarche de maîtrise du risque infectieux. Les objectifs et le plan d'actions sont définis et adaptés au secteur d'activité. Le PH hygiéniste est présent dans les unités de soins et intervient en cas de besoin afin de rappeler ou préciser les bonnes pratiques en matière de gestion du risque infectieux.

Les médecins référents ; président du CLIN et président du CAI, sont identifiés et interviennent auprès de leurs confrères. L'encadrement soignant est très impliqué, il s'assure des bonnes pratiques et exerce une fonction de contrôle.

Des actions de formations sont menées sur la prévention, le signalement et traitement du risque infectieux. Les brancardiers ont également été formés à la gestion du risque infectieux et notamment au risque lié au manutentionnement.

Des audits sont menés par l'encadrement bio nettoyage, en lien avec les professionnels de terrain et les deux référents hygiène pour s'assurer de la conformité des pratiques dans l'hygiène des soins et en matière d'hygiène des locaux.

Des actions correctives ou préventives sont identifiées et mise en oeuvre en cas d'écart des pratiques, de dysfonctionnement ou de résultats non conformes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En termes des ressources humaines, la clinique RHENA dispose d'une équipe opérationnelle d'hygiène constituée d'1 ETP IDE (conjoncturellement non pourvue suite au départ il y a 5 mois de l'infirmier hygiéniste). L'établissement est en recherche active d'un remplaçant. Dans ce contexte, le temps de travail dédié à l'hygiène du PH hygiéniste a été augmenté. A noter qu'il y a au sein du bloc opératoire et de la salle de naissance deux professionnels disposant d'un diplôme universitaire (DUPIN). La clinique dispose de 15 correspondants hygiène identifiés, ils couvrent l'ensemble de la structure notamment les secteurs à risques en particulier le bloc opératoire.

Une équipe d'une centaine ASH assure l'entretien des locaux. Les équipements sont mécanisés pour les parties communes compte tenu de la surface de l'établissement. Les équipements vapeur pour l'entretien des locaux viennent d'être acquis par l'établissement. À noter que les locaux étant neufs l'entretien en est facilité.

Les solutions hydro alcooliques sont disponibles en quantité suffisante. Un distributeur SHA est disponible dans chaque chambre. Les flacons sont datés lors de la mise en service.

Concernant les infrastructures techniques, air et eau, une supervision est en place permettant de disposer d'alertes. Un programme de maintenance est en place. À noter que dès la conception la maintenance et la supervision ont été intégrées dans le projet architectural.

Des formations prévues dans le plan de formation sont réalisées. Ces formations intègrent des formations sur l'entretien des locaux pour les ASH avec un fort pourcentage (plus de 50%) de participation des ASH qui ont suivi en 2018 une réactualisation de leurs connaissances. Le plan de formation intègre également des axes risque infectieux. De plus, en 2018, 10 agents ont participé à une formation en lien avec le risque infectieux. Une formation ciblée pour les brancardiers a également été réalisée. Le plan de formation 2019 intègre également un prévisionnel de formations en lien avec le risque infectieux.

Le maintien des compétences concernant l'usage des ATB est réalisé via la diffusion par mail de supports de formation par le PH hygiéniste et le pharmacien. Les prescripteurs ont également accès aux sites sur internet spécifiques toujours actualisés « antibioclic et epopi ».

Le système documentaire intègre les documents relatifs à la maîtrise du risque infectieux. Les procédures et protocoles en lien avec le risque infectieux sont disponibles dans la GED. Les responsables d'unités ont mis à disposition des soignants les principales procédures sous format papier dans un classeur. La mise à jour du classeur est sous la responsabilité des cadres d'unités. La gestion d'une épidémie est formalisée tant pour la déclaration externe que le plan de mesures à mettre en place en interne. La conduite à tenir en cas d'AES est affichée et disponible dans les postes de soins.

Les différents secteurs de la clinique disposent de matériels et équipements adaptés pour la prévention des AES. Les professionnels disposent de matériels sécurisés pour les prélèvements et les soins (injections). Leur maintenance est assurée par les biomédicaux et les équipes soignantes.

Les locaux mis à disposition sont conformes et bien entretenus régulièrement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels rencontrés dans les secteurs de soins, les plateaux techniques et les secteurs technico-administratifs connaissent l'organisation établie dans le processus de maîtrise du risque infectieux. Concernant l'entretien des locaux, les agents sont affectés dans des secteurs identifiés en particulier pour le bloc opératoire. Ils bénéficient lors de leur arrivée d'un tutorat : deux postes de matin et deux postes d'après-midi. Une semaine après leur arrivée ils sont reçus par la responsable afin de faire un point sur les pratiques. Les procédures d'entretien sont définies, connus des agents. La traçabilité est effectuée selon un rythme défini et supervisée par la responsable du bio nettoyage.

Dans les unités de soins, l'entretien du poste de soin, paillasse, réfrigérateur... relève des soignants, une organisation est définie. Elle identifie la périodicité de l'entretien et la tâche est attribuée nominativement à tour de rôle à un professionnel qui en assurera la traçabilité sur un support identifié.

Les soignants connaissent et appliquent les précautions standards et complémentaires. Lors de la présence d'un ou de patients nécessitant un isolement celui-ci est prescrit et l'organisation des soins est adaptée : identification sur le dossier patient, sur la porte de la chambre, installation d'un chariot devant la porte de la chambre mettant à disposition les équipements pour l'application des précautions. À titre d'exemple en médecine deux patients étaient porteurs de BHRE. Une réunion de crise avait été mise en place afin de définir les modalités de prise en charge. Les soignants ont réadapté leur organisation du travail en regroupant les patients géographiquement. Un renfort en personnel a été mis à disposition favorisant le respect des procédures.

Concernant les infections du site opératoire, une collaboration étroite est structurée avec le laboratoire qui alerte le service et les chirurgiens en temps réel, alerte donnée par téléphone et relais par mail. Le médecin hygiéniste a accès aux résultats de laboratoire et un reporting mensuel de tous les résultats bactériologiques est transmis au médecin hygiéniste. Les situations qui le nécessitent sont analysées.

La préparation opératoire est définie selon le type d'intervention, à titre d'exemple pour l'orthopédie la douche pré opératoire à la Bétadine a été maintenue, pour les autres spécialités, elle est réalisée au savon doux. Les protocoles sont paramétrés dans le dossier de soins informatisé et la traçabilité de la réalisation est effectuée.

Au bloc opératoire, l'antibioprophylaxie est réalisée selon un protocole défini par type de prise en charge.

En cas de survenue d'infection, les conduites à tenir établies sont mises en œuvre en médecine, chirurgie, aux urgences, en SSR et au bloc opératoire.

Concernant l'antibiothérapie, lors de la prescription informatisée un formulaire doit être complété permettant de justifier de l'antibiothérapie et précisant également si elle est probabiliste ou curative. Le questionnaire est complété dans 92% des situations et l'antibiothérapie est ré évaluée dans 80% des cas.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation du fonctionnement du processus et celle des pratiques dans la gestion du risque infectieux. Un programme d'audits est défini, il couvre l'évaluation des risques infectieux prioritaires. Un audit concernant l'entretien des locaux a été réalisé en avril 2018, résultat 88/100. Une évaluation de la surveillance environnementale a été réalisée sur une année en juin 2018, elle met en évidence 96% de conformité.

L'établissement s'inscrit dans la dynamique régionale d'évaluation du RI, il a participé à l'évaluation régionale de la conformité des antibiotiques, la conformité est supérieurs à 80% et la réévaluation réalisée à 73% entre 48 t et 72 h dans cet audit. Le recensement des ISO est réalisé en 2017 sur l'année le taux d'iso est de 0,43%. La préparation de l'opéré a été évaluée en juin 2018 mais les résultats ne sont pas encore traités compte tenu du départ de l'ide hygiéniste. Toutefois de nouvelles recommandations ont été formulées. Un quizz de contrôle des connaissances sur les précautions standards et complémentaires a été réalisé auprès des professionnels. Taux de participation 32%, la conformité des réponses n'est pas optimale toutefois il a permis de cibler les rappels à réaliser.

À noter que l'endoscopie fait l'objet d'un programme d'audits ciblés. Le tableau de bord gestion du risque infectieux de la clinique permet le suivi des indicateurs IQSS nationaux sur le risque infectieux ICSHA, ICATB, ICABMR...

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

Des actions d'amélioration sont conduites au regard des résultats d'évaluations réalisées. Tous les résultats des audits sont présentés aux directrices des soins, aux instances impliquées dans le risque infectieux, aux professionnels lors de réunions de services. Les actions ou mesures correctives retenues sont intégrées dans un plan d'actions qui est suivi et réajusté en conséquence. La majorité des actions identifiées dans le compte qualité sont finalisées, deux ont été différées à 2019.

Les usagers sont informés des résultats et actions d'amélioration par voie d'affiche (pour les indicateurs IQSS) et par les comptes rendus des réunions de la CDU.

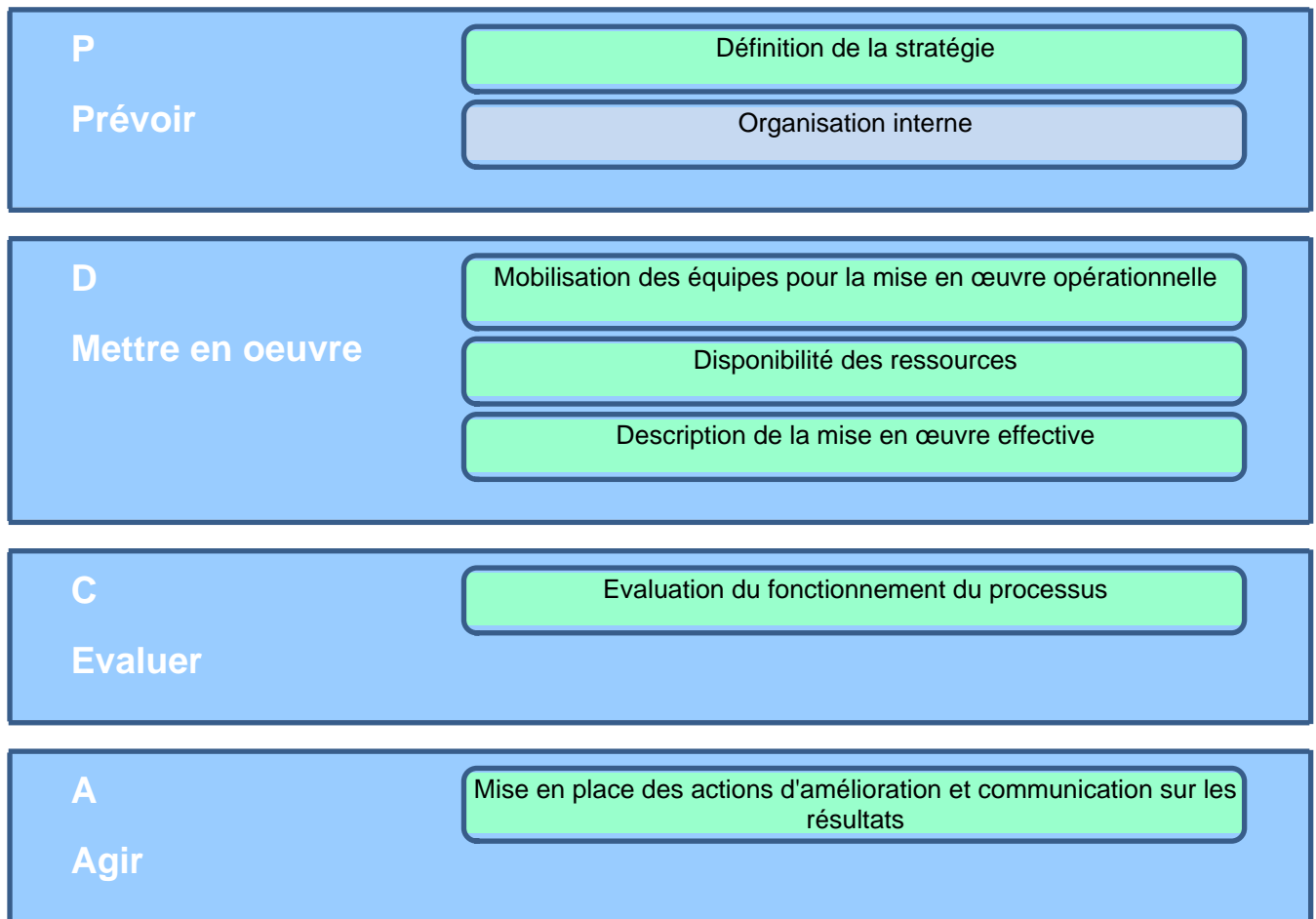
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique RHENA a définie dans sa politique une stratégie relative aux droits des patients. Cette stratégie est en cohérence avec la politique qualité gestion des risques. Elle comprend quatre dimensions qui sont :

- les droits de la personne soignée tels qu'ils sont définis et reconnus par le législateur,
- l'amélioration continue de la qualité, de la sécurité, de la prévention et gestion des risques,
- la mise en œuvre des démarches évaluatives, -la nécessaire coordination de tous les acteurs de soins. C'est une stratégie qui s'appuie sur des valeurs qui sont respect, tolérance, travail. Elle est complétée par une politique bientraitance. Cette politique bientraitance est inscrite dans le projet de soins, les orientations stratégiques de l'établissement. Elle est portée par la direction des soins avec une implication forte des représentants des usagers. Elle est déclinée dans une charte de bientraitance à destination des professionnels associée à des règles de vie et recommandations pour les usagers.

La politique relative aux droits des patients, validée par la direction et les représentants des usagers, vise deux axes : promotion de la bientraitance et prévention de la maltraitance. Les autres droits des patients sont déclinés dans les différentes étapes du processus droits des patients, de la pré admission à la sortie du patient.

Dans ses orientations stratégiques, la clinique RHENA entend utiliser la bientraitance comme un outil de management des équipes professionnelles dès l'intégration d'un agent dans l'établissement et dans son processus d'évaluation.

La stratégie de respect des droits des patients est également portée par les représentants des usagers qui sont impliqués dans le fonctionnement de l'établissement et présents aux quotidiens y compris dans les unités de soins. Il existe une association, l'association RHENA Accompagnement, qui regroupe toutes les associations des bénévoles. Ils jouent un rôle important et sont également présents aux quotidiens.

Une analyse de risques a été réalisée et a permis d'identifier deux risques prioritaires :

- le risque de non signalement d'une situation de maltraitance selon deux orientations ; signalement d'une situation de maltraitance d'un patient par un professionnel mais aussi identification et déclaration d'une situation de maltraitance d'un patient par « son entourage » au sens large du terme ;
- le risque de défaut du respect de la confidentialité.

La politique des droits du patient est déclinée en programme d'action validé par le directoire, la CME et la CDU. Ce programme comporte des actions avec cdes responsables, échéances et modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Dans l'organisation interne du processus des droits du patient, la clinique RHENA a identifié deux pilotes de ce processus: le Directeur Général Adjoint en charge de la CDU et un représentant des usagers. La CDU est en place, la présidence est assurée par le DGA et la vice-présidence par le représentant des usagers.

La CDU dispose d'un règlement intérieur. Elle est composée de 4 médiateurs dont deux médicaux et deux autres non médicaux. La Directrice des soins hébergement associée à la cellule qualité coordonnent au quotidien le processus droit des patients en intégrant la gestion des plaintes et réclamations. Les représentants des usagers au nombre de quatre sont membres des différentes instances notamment les sous commissions de la CME, CLAN, CLIN, commission hôtellerie restauration...

La Clinique prévoit des professionnels aux différentes étapes de la prise en charge des patients pour assurer le respect des droits du patient. Des formations relatives aux droits des patients sont également prévues dans le plan de formation.

Les ressources documentaires sont disponibles et accessibles sur la GED. Le livret d'accueil du patient est disponible, il intègre un chapitre « droits des patients » ainsi que le site internet. La charte du patient hospitalisé est affichée au côté de l'identification des représentants des usagers. Les modalités pour les joindre sont précisées.

Les locaux ont été conçus afin de permettre le respect des droits des patients notamment pour la confidentialité et l'intimité.

Pour les représentants des usagers, ils disposent d'un espace appelé 3R Recueil, Rencontre, RHENA Accompagnement, espace qui leur est dédié et qui intègre un espace de recueillement pour les familles. Cet espace est bien identifié et accessible à tous les usagers. Espace ou les usagers vont trouver de l'information et les modalités pour joindre les RU.

La CDU permet d'établir l'interface entre différentes structures de la clinique. Par la présence au quotidien des représentants des usagers et des bénévoles les interfaces sont organisées et permettent réactivité. Les bénévoles accueillent soutiennent, et accompagnent au quotidien les patients qui le souhaitent. Ils peuvent les renseigner sur leurs droits. Ils travaillent en complémentarité avec les représentants des usagers.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus droits du patient, les cadres de proximité et la direction des soins et son encadrement sont les relais auprès des équipes soignantes qui sont sensibilisées au respect des droits des patients . Les représentants des usagers sont également très présents dans les unités de soins et assurent la promotion des droits des usagers.

Les professionnels médicaux sont également sensibilisés via les minutes qualité dont le thème pour une partie est défini institutionnellement et pour l'autre partie est décidé par les responsable d'unités en fonction des spécificités de l'unité. Le thème droit des patients a été abordé en 2018, il a fait l'objet d'un flash info spécial droits des patients.

L'association RHENA Accompagnement organise également des conférences en lien avec les droits du patients, conférences auxquelles les professionnels peuvent assister.

L'organisation du parcours patient débutant par une pré admission et un accueil infirmier, cette organisation permet l'information du patient sur ses droits et sur l'organisation de sa prise en charge dans des locaux permettant le respect de la confidentialité lors de cette phase d'accueil. Cette étape permet le recueil de la personne de confiance, des directives anticipées (si le patient le souhaite) et du recueil du consentement du patient. Ces documents sont intégrés au dossier patient et lors de l'accueil du patient, pour son hospitalisation, l'existence de ces documents est vérifiée.

Des actions de formation et sensibilisation des professions sont menées sur le différentes thématiques des droits du patients.

Des audits internes et enquêtes de satisfactions sont conduites ainsi que le suivi des indicateurs du dossier patient pour s'assurer de la conformité des pratiques sur le respect des droits du patient.

Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre au regard des résultats non conformes, des dysfonctionnements ou de baisse des résultats d'indicateurs sur ce processus.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En termes des ressources humaines, la clinique RHENA dispose de différentes équipes (médecins, non médecins) pour assure le respect des droits des patients à chaque étape de la prise en charge des patients. Les professionnels de la clinique participent aux formations réalisées sur les thématiques des droits du patient (la bientraitance) et les nouveaux arrivants y sont associés.

Concernant les locaux rappelons, qu'ils sont tous récents, conformes et équipés. La clinique dispose d'une majorité de chambres seules. Il y a deux chambres doubles dans chaque unité. Ces chambres disposent der rideaux de séparation fixes permettant le respect de l'intimité. Au niveau des accueils pré admission et entretien d'accueils les patients sont reçus dans des bureaux individuels.

Les conditions d'hébergement et d'hôtellerie sont adaptées et de qualité. Il est proposé télévision, téléphone, wifi. Les familles ont la possibilité de rester auprès de leur patient et de prendre leur repas. Les conditions d'hébergement permettent le respect de l'intimité et de la confidentialité.

Le système documentaire de la clinique comprenant les procédures sont disponibles dont celles concernant la suspicion ou découverte d'une situation de maltraitance, la contention, conduite à tenir en cas de décès, l'annonce d'un dommage lié aux soins... Les modalités de signalement en cas de maltraitance sont définies, diffusées et connues. Des livrets d'accueil et d'autres livrets ou supports d'information des patients sont également disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de la clinique connaissent l'organisation établie sur le processus droits des patients.

L'accueil des patients et leur entourage est organisé et mis en œuvre dans le secteur d'admission, aux urgences, en médecine, chirurgie, SSR et au bloc opératoire.

L'organisation de la prise en charge permet le recueil du consentement éclairé du patient. Ce recueil du consentement des patients a été retrouvé dans les dossiers patients des secteurs d'hospitalisation (urgences, médecine, SSR et chirurgie) et au bloc opératoire. On retrouve également le document scanné relatif à la personne de confiance signé et le recueil du consentement signé et intégré scanné dans le dossier.

Dans le secteur de SSR, ou la durée d'hospitalisation est d'environ 3 semaines, le projet personnalisé de prise en charge est défini en partenariat avec le patient et dans le respect de ses choix. A noter que le projet du service intègre un programme de rééducation et d'animation riche qui vise convivialité, satisfaction du patient sans perdre de vue les objectifs de la prise en charge.

Le respect de l'intimité et de la dignité est effectif dans les secteurs d'hospitalisation (urgences, médecine, SSR et chirurgie) et au bloc opératoire.

Les pratiques observées dans les secteurs d'hospitalisation permettent d'assurer le respect des libertés individuelles, notamment en SSR, les soignants rencontrés identifient que la contention relève d'une prescription qui doit être réévaluée, que les barrières du lit sont une contention. Si le patient demande lui-même les barrières, dans un objectif de le sécuriser, cela fait l'objet d'une transmission ciblée. Il se réfère à la procédure contention.

La confidentialité des informations du patient est en partie respectée. Toutefois, la confidentialité des données du dossier patient n'est pas toujours respectée. En effet, les experts ont constaté lors des visites et de l'audit dossier patient que les modalités de partage de l'information relatives au patient ne permettent pas totalement le respect de la confidentialité. La politique des droits d'accès est volontairement ouverte permettant à tous les professionnels de consulter les dossiers patients, sans aucun contrôle permettant de vérifier la pertinence des accès et des consultations par certains personnels n'ayant aucune intervention dans la prise en charge. L'établissement n'a pas identifié ce risque dans sa cartographie des risques mais a pris en compte cet écart. Une procédure a été rédigée en vue d'une mise en place rapide, après information des instances, intégrant un contrôle aléatoire à la fois sur des dossiers et sur les agents. À plus long terme, l'établissement envisage d'automatiser une partie de ces contrôles. Les experts n'ont pas pu évaluer l'efficacité des actions annoncées par l'établissement.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée. En cas de réclamation, un accusé réception est immédiatement envoyé au patient, une analyse interne est réalisée et une synthèse est ensuite transmise au patient. Toutes les réclamations font l'objet d'une analyse, elles sont systématiquement communiquées aux RU et sont présentées en CDU. Il peut être proposé au patient une médiation. Deux médiations ont été organisées en 2018. Le patient est reçu par un médecin médiateur associé systématiquement à un RU. La CDU se réunit 4 fois par an, le rapport annuel d'activité est validé par la CDU avant transmission au niveau régional. En 2018, 63 réclamations réceptionnées (GSC + association) dont 14 plaintes et 9 suivis en CCI.

Les représentants des usagers ont un projet ciblé pour l'année 2019 : promouvoir la rédaction des directives anticipées.

L'accès du patient à son dossier est organisé. Les délais d'accès des patients à leur dossiers sont évalués. Les résultats de l'évaluation indiquent un délai de 3,3 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et 7,27 jours pour les dossiers de plus de 5 ans. Ce qui est conforme à la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique réalise des audits et des enquêtes de satisfaction des patients via les questionnaires de sortie, le taux de retour varie entre 20 et 60% selon le secteur d'activité. Les questionnaires de sortie sont traités dans un premier temps quantitativement par la cellule qualité, ils sont ensuite tous analysés par les représentants des usagers. La satisfaction des usagers est élevée supérieure à 90%. La clinique RHENA suit également l'indicateur sur le délai d'accès du patient à son dossier. Des audits concernant le temps d'attente des patients sur le plateau central entre l'accueil et la prise en charge dans l'unité de soins ont été réalisés. Plus de 30% des patients sont pris en charge immédiatement et plus de 30% dans les 15 minutes. La prise en charge excède dans 20% des cas seulement plus de 20 minutes. Au regard des résultats l'organisation peut être réajustée. La mise en place de la procédure de contention a été suivie d'un quick audit contention dans les services.

Un quizz qualité gestion des risques a été réalisé de façon dématérialisée auprès de l'ensemble des professionnels. Intégrant à la fin les réponses adaptées il a également une fonction pédagogique. Ce quizz intégrait un volet droits des patients notamment sur la confidentialité, l'intimité, la personne de confiance, les directives anticipées, l'information du patient, le consentement ; le respect des croyances, l'accès au dossier. Les résultats démontrent une connaissance et une prise en compte des droits du patient.

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

Des actions d'amélioration sont planifiées à l'issu des résultats des évaluations réalisées. Ces actions d'amélioration sont articulées avec le PAQSS. Les résultats sont présentés et diffusés aux professionnels.

L'implication des RU est à souligner, ils sont très impliqués dans le fonctionnement de l'établissement et sont force de proposition. Ils sont entendus dans l'établissement et des organisations ou des aménagements ont été réalisés suite à leurs demandes.

Les usagers sont informés des résultats d'évaluations et des actions menées par voie d'affichage et par les compte rendus de la CDU

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

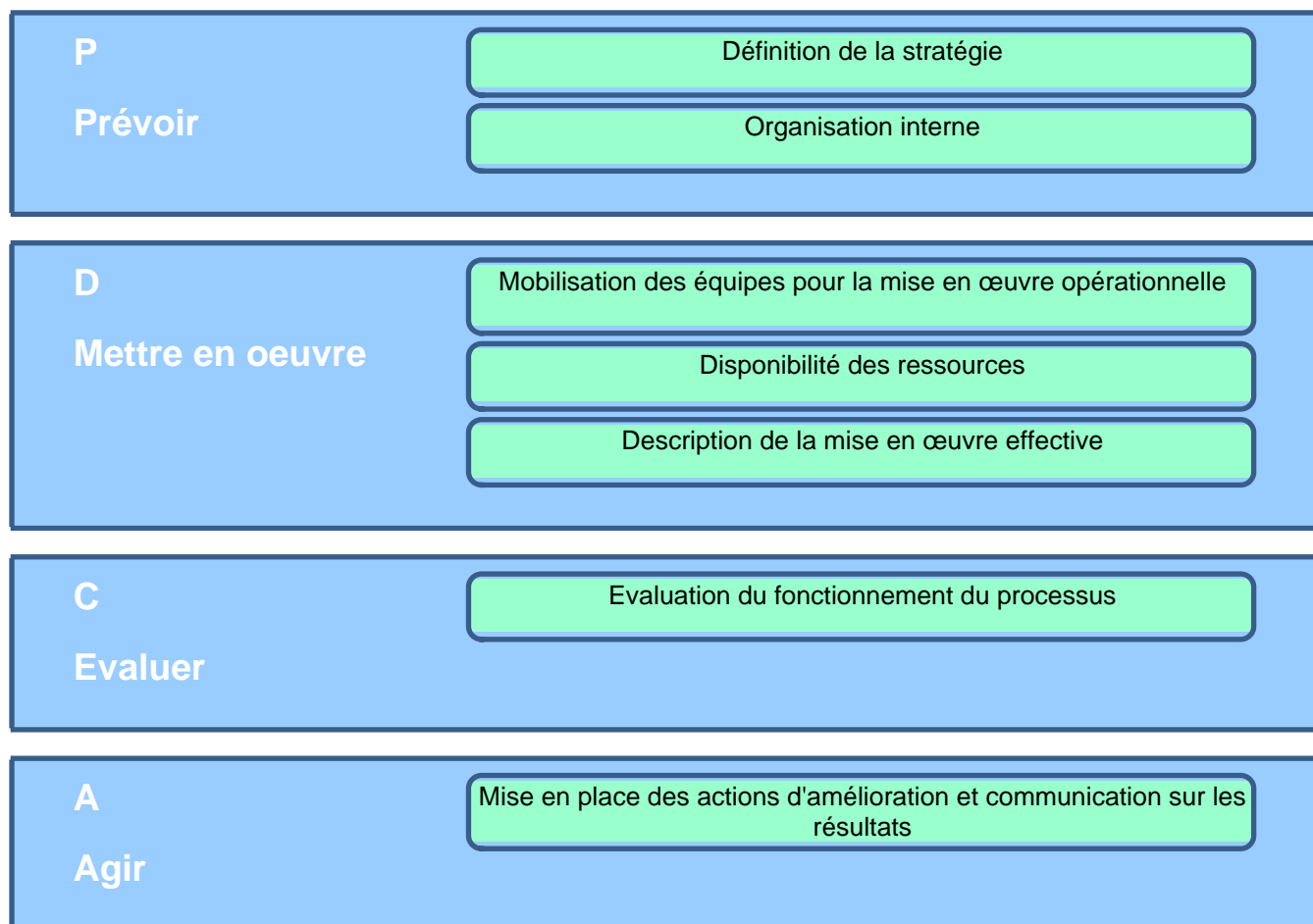
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et 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 Rhéna a reçu son premier patient le 27 février 2017, elle regroupe 3 cliniques privées à but non lucratif, Diaconat créée en 1842, Adassa créée en 1878 et Sainte Odile en 1912. Son implantation est au cœur d'un quartier en plein développement avec une population assez précaire.

La stratégie de l'établissement prend en compte les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et le projet médical du territoire, elle annonce se centrer sur la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient et de son entourage au travers :

- de l'organisation des soins et de la politique d'investissements notamment en terme d'équipements biomédicaux,
- de la qualité de l'accueil du point de vue de l'hôtellerie et de la restauration,
- d'une prise en charge individualisée au travers des circuits patients spécifiques et la coopération avec les bénévoles.

1100 professionnels de santé interviennent dont 300 praticiens libéraux exerçant 23 spécialités, 76 % de son activité chirurgicale se réalise en ambulatoire. Un plateau technique opératoire de 24 salles d'opération est disponible et 91% des chambres sont individuelles.

La cartographie des risques a été réalisée avec les professionnels et intègre les FEI, les plaintes et réclamations, les IPAQSS, la stratégie de l'établissement et les demandes de l'ARS. Les risques sont priorisés. La politique définie est concrète et se décline en objectifs pragmatiques.

Le plan d'actions est défini et validé par les instances.

Cette politique d'amélioration de la qualité du parcours patient est intégrée aux orientations stratégiques de l'établissement. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du processus "parcours patient" est définie, les pilotes sont les deux directeurs des soins, ils ont leur feuille de mission. Ils ont défini un certain nombre de parcours (6) significatifs et/ou prépondérants dans la Clinique. Le projet de soins (2017-2022) définit dans un 4ème axe le parcours du patient. Il distingue 3 temps : l'accueil, la prise en charge et la gestion de la sortie.

Beaucoup d'actions ont été décidées avec l'objectif constant de bien identifier les parcours pour simplifier les prises en charge soignantes malgré les multiples intervenants : faire en sorte que les prises en charge soient de plus en plus convergentes pour ne pas dire harmonisées.

L'organisation tient compte des moyens nécessaires (RH, financiers et matériels). Elle définit les orientations ou les stratégies en matière d'organisation de principaux parcours, de coordination des acteurs, de développement/consolidation d'activités.

Les actions sont menées pour améliorer la structuration et l'organisation des principaux parcours en lien avec l'extérieur et les missions des autres structures dans un système de soins organisé : développement de l'ambulatoire, prise en charge en urgence et prise en charge non programmée, mécanismes de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire, hospitalisation conventionnelle ou de jour et avec les différents partenaires internes et externes).

L'établissement favorise les échanges avec les médecins traitants pour faciliter l'accès aux soins comme par exemple, la possibilité pour le médecin traitant de joindre l'urgentiste pour une prise en charge rapide, ou de prendre un rdv de consultation.

L'établissement organise les parcours en prenant en compte les différentes étapes de la prise en charge.

L'établissement a élaboré différents parcours patient :

- en chirurgie ambulatoire,
- en chirurgie conventionnelle
- aux urgences polyvalentes et SOS mains
- en médecine et en SSR

L'établissement a aussi travaillé les spécificités en lien avec les populations vulnérables, les modes de prise en charge, les activités, l'accueil du patient et de l'entourage, l'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et le projet de soins personnalisé en SSR, la sortie du patient, la continuité et coordination des soins/communication dans l'établissement et au sein des équipes et avec les acteurs extérieurs, la prise en charge de la douleur et nutritionnelle, les prises en charge du risque de chute, la prise en charge des urgences vitales dans l'établissement.

La politique est diffusée en interne à l'ensemble des professionnels et en externe (interlocuteurs au sein du territoire : usagers, médecins traitants, autres établissements, professionnels libéraux).

La mise en œuvre de cette politique « parcours du patient » est déclinée en un programme d'amélioration. Les actions sont issues d'initiatives de la direction ou des équipes et de leur collaboration. Certaines actions sont spécifiques à certains secteurs d'activité : chirurgie orthopédique prothétique en ambulatoire, rachis en ambulatoire, Rapid Recovery. Les parcours précisent pour chaque prise en charge

l'amont, l'intervention au bloc opératoire et le suivi (l'établissement travaille en réseau avec des intervenants extérieurs préparés à ces prises en charges particulières).

Le programme d'amélioration de la qualité du parcours patient est présenté annuellement aux instances de l'établissement, dont la CRU. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement.

Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Elles sont en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Les actions sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Ces actions ont notamment pour thèmes : les urgences vitales, la douleur, l'accueil, la bientraitance, etc. Les responsables des services s'organisent pour intégrer les nouveaux arrivants mais l'établissement n'a pas encore mis en place une intégration institutionnelle formalisée des nouveaux professionnels. Le nombre important d'intervenants nécessite d'identifier les différentes prises en charge et de les formaliser en fonction des besoins et des risques spécifiques. Les besoins en procédures sont identifiés. Celles-ci sont formalisées, adaptées à la taille et à la spécificité de l'établissement et intégrées au dispositif de gestion documentaire (modes opératoires, conduites à tenir, etc). Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés. Les professionnels participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition via intranet.

Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés, le livret d'accueil a été réactualisé. Ils concernent l'information sur les interventions chirurgicales avec les préparations en amont et le suivi post op immédiat. Les documents sont élaborés avec les professionnels concernés, mis à leur disposition dans la gestion documentaire. Ils sont nombreux et récents.

Les besoins en système d'information et autres solutions technologiques sont identifiés. La fonction transport des patients est organisée, y compris en cas de sous-traitance, entre les secteurs d'activité internes et/ou externes de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la qualité du parcours du patient.

Le management des secteurs d'activité (responsables de pôles et responsables d'unité) logistique, médical, soignant, médico-technique, et administratif s'est saisi des enjeux liés à la politique du parcours de patient en lien avec les orientations de l'établissement : la fluidité des parcours avec le développement de l'ambulatoire, l'organisation des admissions, l'accueil, la qualité des soins, l'hôtellerie, la sortie. Il communique auprès de son équipe sur la politique, sa mise en œuvre et son évolution. Il impulse une démarche d'amélioration au sein de son secteur, en lien avec les orientations de l'établissement. Il décline cette politique avec les équipes en projet de prise en charge, en objectifs opérationnels. Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...).

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein de leur secteur. Elles connaissent les objectifs en matière d'amélioration des parcours des patients définis au sein du service et les mesures à mettre en place pour les atteindre. Elles participent à l'élaboration des procédures utiles à leur activité et à un programme d'évaluation des pratiques (RMM, méthode du patient traceur, analyse de la pertinence, audits/évaluations internes, audit hebdomadaire de la tenue du dossier patient, à la déclaration, à l'analyse des causes profondes et au traitement des EI, EIG au traitement des plaintes et réclamations, aux actions d'amélioration de la satisfaction des usagers en lien avec le parcours de soins).

Les équipes ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement, sur les évaluations de la thématique concernée et notamment celles concernant la satisfaction des usagers. Des temps collectifs sont prévus pour échanger sur les résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs : ils répondent aux besoins, notamment à l'activité et aux spécificités des populations prises en charge (diététiciennes, assistantes sociales, psychologue, kinésithérapeute, convention avec un autre établissement pour bénéficier d'une équipe de soins palliatifs, etc).

Ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge des patients, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés ; des dispositions sont mises en œuvre pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient dans les cas où les effectifs nécessaires ne sont pas présents. En cas de modification de l'activité ou de prise en charge spécifique, les ressources sont ajustées, ouverture ou fermeture de lits, chambres à un lit pouvant en accueillir deux si besoin. Les professionnels réalisent les actes relevant uniquement de leur champ de compétences. Des avis compétents sont recherchés dans l'établissement ou à l'extérieur de l'établissement lorsque l'état du patient le nécessite. Des plannings de garde et d'astreinte médicales sont réalisés et diffusés. La

permanence des soins est organisée.

Les professionnels en poste sont formés et notamment à la prise en charge des urgences vitales. Les chariots d'urgence sont présents dans les unités et leur maintenance est tracée.

L'utilisation d'outils d'amélioration de la communication entre professionnels est encouragée. Dans les secteurs concernés, les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour. Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

Le système d'information est en place et adapté aux besoins des prises en charge et du parcours de soins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques.

Les besoins en formation initiale et continue sont définis et prennent en compte les besoins des patients et des professionnels. Ils ont pour thématique :

- la dénutrition,
- l'accueil du patient
- les gestes d'urgence (AFGSU)
- la bientraitance, la confidentialité
- l'hygiène.

La gestion documentaire est en place, elle est connue des professionnels. Les protocoles sont nombreux. Certaines procédures sont innovantes.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et la fluidité des parcours.

La cellule de régulation gère les disponibilités en lits et décharge ainsi les différents services de cette préoccupation.

L'organisation des admissions programmées est réfléchie pour faciliter le parcours du patient : personnel administratif mais aussi soignant pour recueillir les informations mais aussi expliquer et transmettre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dispositif d'accueil permet d'assurer 24h sur 24 la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence. Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours et la prise en charge des patients. Elle concerne notamment l'ensemble des étapes de la prise en charge, les activités, les spécificités liées aux pathologies, aux populations de patients, aux modalités de prise en charge (par ex. : hospitalisation complète, hospitalisation de jour...), l'identification des patients à risque suicidaire, la coordination entre les différents acteurs et le suivi du patient, l'identification des patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique.

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre auprès du patient et de son entourage, l'organisation de la permanence des soins, des règles de présence ainsi qu'un système de gardes et d'astreintes sont définis afin d'assurer la permanence des soins 24 h/24 ; l'organisation de la concertation pluriprofessionnelle et pluridisciplinaire autour de la prise en charge du patient sont en place, l'organisation des échanges avec les structures ou professionnels extérieurs, des mécanismes de coordination et des modalités de transmission de l'information entre les secteurs d'activité et avec les intervenants extérieurs sont opérationnelles ; l'organisation permettant d'assurer la prise en charge des urgences vitales est en place et connue des professionnels.

La méthode du patient traceur contribue à évaluer de manière rétrospective la réalité de la prise en charge à partir d'un séjour de patient hospitalisé.

L'accueil du patient dans l'unité ambulatoire est réalisé selon des modalités définies dès l'admission : appel la veille de l'intervention, accueil, recueil des documents remis lors de l'admission et transmission d'information, contrôle du respect des consignes. L'accueil est adapté selon la population à laquelle appartient le patient. Il assure une information du patient, claire et compréhensible, sur les conditions de sa prise en charge. Il est caractérisé par une attitude d'écoute et la disponibilité des professionnels. La sortie se fera avec tous les documents nécessaires au suivi. L'appel du lendemain est organisé. En cas d'admission programmée en hospitalisation conventionnelle, la prise en charge du patient est préorganisée avec un accueil administratif puis soignant : une infirmière recueille les informations nécessaires à sa prise en charge mais transmet aussi toutes les informations utiles et répondra aux questions si besoin. Le délai prévisible de prise en charge est annoncé par le médecin.

Les conditions d'accès de l'entourage du patient sont adaptées : horaires de visite, possibilités d'hébergement, présence permanente des parents auprès de l'enfant, possibilité de présence en continu des accompagnants des personnes handicapées ou des personnes en fin de vie.

Les modalités d'information de la famille sur l'état de santé du patient sont organisées et en cas de situation grave (espace d'information, d'écoute, et de soutien pour l'entourage).

L'évaluation initiale est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge, complète et tracée dans le dossier. Elle comprend notamment le mode d'admission, les antécédents, l'histoire de la maladie, l'évaluation de la douleur, les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels, la prise en charge du risque d'escarre, l'identification du risque suicidaire si besoin, la recherche d'allergies, la recherche du traitement personnel du patient, le recueil de ses besoins et de ses habitudes de vie, la conclusion de l'évaluation initiale. Le projet de soins personnalisé établi en concertation avec les professionnels concernés et en impliquant le patient et son entourage est réalisé en SSR. Il est tracé dans le dossier. La prescription médicale sur la contention est réalisée et réévaluée. La réflexion bénéfique risque est tracée.

L'évaluation continue est tracée dans le dossier. Elle évalue l'efficacité du traitement, la réévaluation de la douleur, l'évaluation de l'antibiothérapie à 48-72 heures. Elle permet l'ajustement du projet personnalisé de soins en impliquant le patient et/ou son entourage.

Cependant, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge médicale ne sont pas toujours tracés dans le dossier patient. En effet, les experts ont constaté que le suivi post opératoire des patients n'est pas tracé par le chirurgien dans certains dossiers de patients de chirurgie alors que les visites de suivi ont été réalisées. Cet élément a été constaté à plusieurs reprises lors des visites dans les services de chirurgie et lors de l'observation des dossiers avec la chef de projet DPI.

Elle est associée à une information donnée au patient et à ses proches sur son état de santé, sur ses examens, sur ses traitements, sur les modifications apportées.

Le patient est informé en cas d'examen de biologie médicale et son consentement recherché pour certains prélèvements.

Les délais de transmission des résultats d'examens biologiques sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont retrouvés dans le dossier.

Les demandes d'examens radiologiques sont identifiées, datées et signées (renseignements cliniques, motif de l'examen). Les délais de transmission des résultats sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont retrouvés dans le dossier. La perception du patient sur sa PEC en imagerie médicale est évaluée (délai d'attente, information, transport, confidentialité, dignité...) et est satisfaisante.

L'éducation thérapeutique du patient est réalisée parfois même en amont de l'intervention quand les prises en charges sont très courtes et elle s'associe avec des professionnels extérieurs formés et coordonnés.

L'organisation autour de la prise en charge du patient permet d'assurer la continuité et la coordination des soins.

Les données permettant la continuité des soins sont retrouvées dans le dossier du patient, les informations médicales et paramédicales relatives à la prise en charge du patient sont actualisées dans le DPI.

Une concertation pluriprofessionnelle a lieu au sein de l'équipe autour de la prise en charge du patient et une collaboration des secteurs d'activité entre eux pour assurer une prise en charge multidisciplinaire du patient est organisée en SSR et permet le réajustement du plan de soins.

La sortie ou transfert du patient est organisé le plus tôt possible après l'admission et planifiée, prenant en compte le point de vue du patient et/ou de son entourage. La sortie ou le transfert est organisé en associant les professionnels d'aval lorsque la situation le nécessite. La disponibilité des dispositifs médicaux nécessaires au retour à domicile est anticipée. L'articulation des activités de soins de suite et de réadaptation est organisée.

L'établissement a mis en place l'organisation nécessaire aux prises en charge rapides en ambulatoire. Les documents nécessaires à son suivi sont remis au patient. Une information orale est délivrée au patient et/ou à son entourage sur son traitement de sortie avec l'ordonnance, la (les) consultation(s) de suivi, les soins paramédicaux éventuels, le régime, les autres recommandations de surveillance.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont transmises aux professionnels d'aval dans les règles de confidentialité. Un courrier de fin d'hospitalisation est adressé aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires. Un document de sortie du patient, lisible par le patient, destiné aux professionnels est disponible le jour de la sortie.

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient à sa sortie et l'établissement réfléchit à améliorer son taux de retour.

Les professionnels contribuent aux actions d'évaluation et ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement, dont les évaluations de la satisfaction des usagers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

À l'échelle de la clinique RHENA, le comité de pilotage de la qualité -gestion des risques et le service qualité assurent le suivi de la qualité et l'efficacité du parcours du patient.

La clinique dispose d'un important programme annuel d'évaluation des pratiques :

- la satisfaction des patients qui est très encourageante puisqu'elle avoisine les 96% en ambulatoire mais aussi en hospitalisation conventionnelle,
- les deux évaluations des dossiers de soins par unité et par semaine,
- les chutes qui sont toutes déclarées et étudiées pour comprendre et améliorer,
- les RETEX, les RMM qui doivent encore se développer,
- les temps d'attente des résultats en imagerie et au laboratoire,
- les temps d'attente aux admissions,
- à la déclaration, à l'analyse des causes profondes et au traitement des EI, EIG ,
- au traitement des plaintes et réclamations,
- des dossiers "patient traceur" ont été réalisés,

Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.

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

L'établissement a défini et mis en œuvre des actions d'amélioration du parcours patient. Il réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS). Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP au COPIL Qualité-gestion des risques devant ses instances et informe les professionnels des résultats obtenus. Les usagers sont informés des résultats via les affiches et à travers les comptes rendus des réunions de la CDU.

Un bilan de la mise en œuvre du programme d'amélioration du processus est réalisé a minima, une fois par an. L'efficacité des actions mises en œuvre est mise en évidence par la diminution du niveau de risque et par les résultats de valorisation.

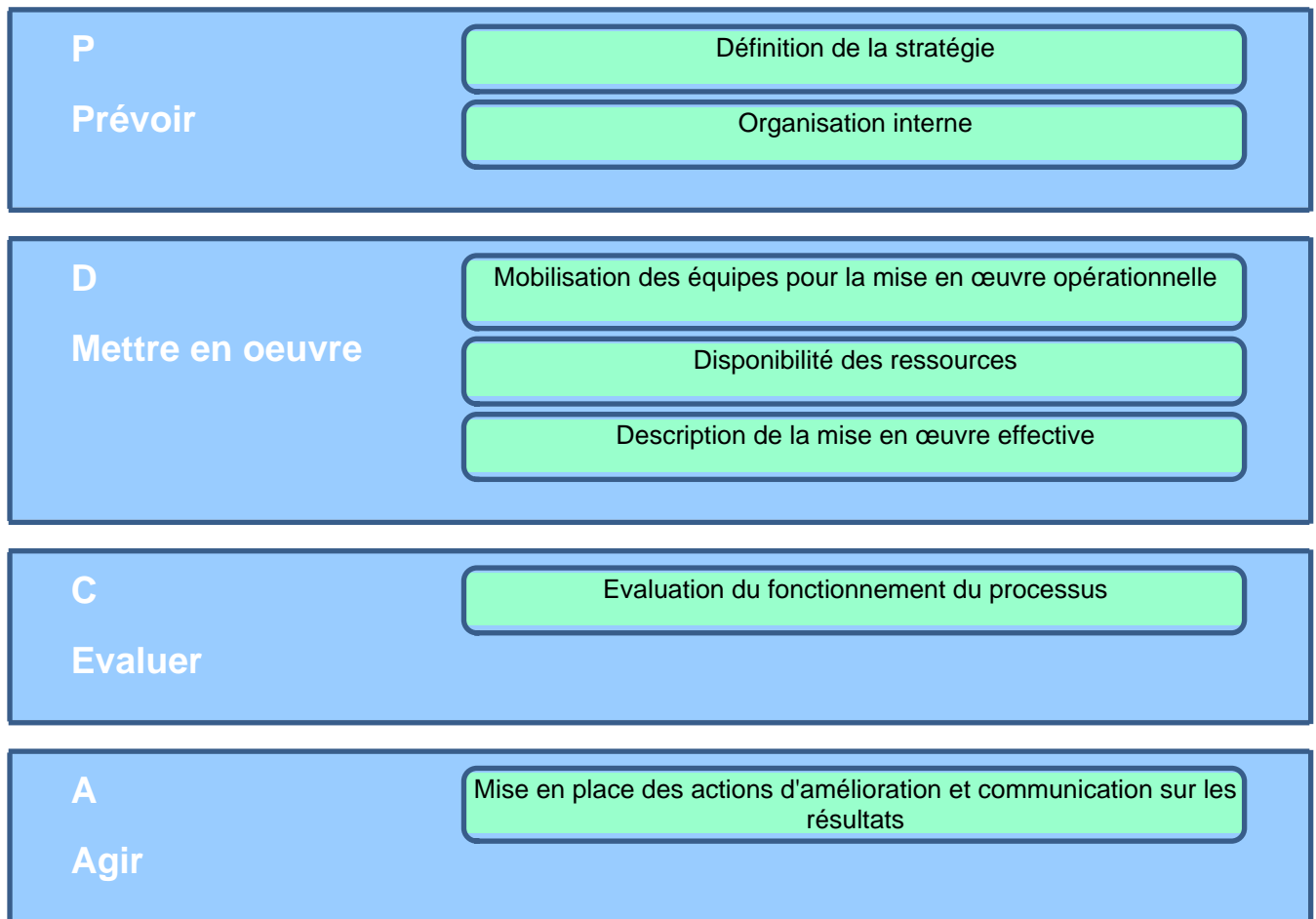
DOSSIER PATIENT

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

Issue du regroupement des cliniques ADASSA, DIACONAT et Sainte ODILE de Strasbourg, la clinique RHENA est constituée du GCS ES RHENA (qui a l'autorisation des activités de chirurgie, chirurgie du cancer, chirurgie esthétique, médecine, obstétrique, médecine d'urgence), de l'association RHENA (qui est un ESPIC autorisé à exercer l'activité de médecine en hospitalisation complète et en hospitalisation partielle de jour et le SSR) et d'un GCS de moyen sur les fonctions partagées (PUI, Achats, SI, restauration, logistique, qualité, Direction). Elle dispose d'une politique du dossier patient unique dans lequel figure le projet d'informatisation du dossier patient de l'entité RHENA avec le même logiciel. Cette stratégie du dossier patient a été anticipée dès la fin de l'année 2015, permettant ainsi de préparer les utilisateurs bien en amont de l'ouverture de la nouvelle clinique. Ainsi, la politique du dossier patient 2018- 2022 définie a pour objectif de parvenir au zéro papier et de répondre au mieux aux aspects réglementaire sur la constitution du dossier médical.

Une analyse des risques a été réalisée sur le processus dossier patient et cette analyse a permis d'établir une cartographie des risques dans laquelle deux risques prioritaires sont identifiés :

- le risque de défaut de complétude du dossier patient,
- le risque de défaut de remise au patient du la lettre de sortie (lettre de liaison).

Cette politique du dossier patient, validée par le Directoire, la CME et le COSOINS, a été déclinée en plan d'action priorisées avec des responsables, échéances et modalités de suivi des actions.

ORGANISATION INTERNE

Pour assurer le bon fonctionnement du processus dossier patient, la clinique RHENA a désigné le médecin DIM et un cadre de santé détaché à temps plein et chef de projet du DPI comme pilote et co-pilote de ce processus. Les missions et rôles de ces deux pilotes sont définis dans leurs fiches de poste respectives. Le chef de projet DPI dispose également d'une fiche de mission. Il existe un comité de pilotage du dossier patient qui coordonne l'ensemble du projet dossier patient en lien avec les médecins coordonnateurs, les cadres des unités et les responsables d'unités et la responsable des admissions. Des référents DPI soignant sont également identifiés dans chaque service. A noter aussi que l'identitovigilance est très intégrée au processus dossier patient.

Les professionnels des différents secteurs de la clinique permettent d'assurer le bon fonctionnement du dossier patient. Des formations professionnelles sont prévues dans le plan de formation. Les nouveaux arrivants sont intégrés à ces formations.

La clinique RHENA déploie le dossier patient informatisé pour faciliter l'accès à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge du patient. Des supports papiers sont également prévus pour avoir la traçabilité des éléments du dossier patient non encore informatisés. A noter un point important, les médecins libéraux ont un accès au dossier patient depuis leur cabinet et leur domicile leur permettant de disposer des informations en temps utile.

Les accès au système d'information sont définis selon des profils métiers. Chaque agent dispose d'une carte d'accès (SSO) permettant d'assurer la sécurisation des accès et la traçabilité.

La Gestion documentaire est accessible à tous les professionnels, leur permettant de disposer des documents ressources concernant le dossier patient notamment le guide de suivi et de tenue du dossier patient en secteur conventionnel ; les modes opératoires tels que comment rechercher un dossier dans les anciennes bases de données ou comment retrouver un dossier. Il en est de même des supports de formation à l'utilisation du DPI.

Des conditions de stockage et conservation du dossier patient sont prévues avec un accès sécurisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes du processus dossier patient et le comité de pilotage du dossier patient du processus sensibilisent les professionnels des différents secteurs pour décliner la politique du dossier patient en plan d'actions opérationnel. Les personnels non médecins et les médecins sont formés dès leur arrivée le premier jour à l'utilisation du DPI et à la traçabilité des informations dans le DPI. Ainsi, tous les professionnels sont formés à l'utilisation du DPI. A noter que le logiciel utilisé est très répandu dans la

région, il est utilisé au CHU et il est rare qu'un soignant ne connaisse pas le DPI avant son intégration dans l'établissement.

Les professionnels disposent également d'une documentation ressource permettant une meilleure appropriation des pratiques relatives à la gestion du dossier patient informatisé.

Les responsables d'unités paramédicales sont impliqués dans l'utilisation du DPI et s'assurent des bonnes pratiques. Il est mis en place dans les unités de soins des minutes de l'équipe. Cette organisation permet aux responsables d'unités de réaliser des retours d'information et de sensibiliser les professionnels. Le médecin DIM est également très réactif auprès des médecins soit sur le terrain lors de rencontre soit par échange de mails afin de rappeler l'importance de la complétude du dossier patient.

Des audits du dossier patient et des recueils des indicateurs sont réalisés pour s'assurer de la conformité des pratiques dans la tenue du dossier patient et des actions correctives sont menées au regard des résultats non conformes, des dysfonctionnements ou de la baisse d'indicateurs recueillis.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En termes de ressources humaines, la clinique RHENA dispose d'une équipe d'un médecin DIM et des techniciens d'informations médicales, d'une équipe d'archivistes. Les équipes médicales et paramédicales permettent d'assurer la bonne tenue du dossier patient. Une équipe d'informaticien est également disponible. L'ensemble du personnel est formé à l'utilisation et à la bonne tenue du dossier patient. Les nouveaux arrivants sont associés à ces formations. Le cadre référent DPI, chef de projet, assure la hotline en heures ouvrées et est disponible pour accompagner les professionnels qui le nécessitent.

En ce qui concerne les équipements, l'établissement dispose d'équipements et matériels informatiques nécessaires et adaptés en quantité et en qualité. La performance du SIH est adaptée aux besoins des utilisateurs et le wifi permet la mobilité des équipements. La permanence informatique est organisée les jours non ouvrés (weekend, jours fériés ou la nuit).

Le système documentaire de la clinique comporte un guide de tenue du dossier patient, une procédure dégradée en cas de panne informatique et des supports papiers du dossier sont disponibles dans les secteurs de soins pour assurer le relai en cas de panne.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de la clinique RHENA rencontrés connaissent et mettent en œuvre l'organisation et les règles de bonne tenue du dossier patient. Le dossier patient est initié dès le dossier administratif, la plupart du temps en pré admission, bien avant l'arrivée du patient. Le dossier est alors en statut prévisionnel.

Le logiciel du dossier administratif du patient est le logiciel maître sur l'identité du patient qui est unique et permet donc la communication entre les différents logiciels de l'établissement.

Une pochette pré admission est remise au patient afin de préparer son hospitalisation. Le patient est informé dans le livret d'accueil que l'établissement utilise un dossier patient informatisé.

Lors de son hospitalisation, le patient se présente au bureau d'accueil de l'étage d'hospitalisation ou son dossier est alors activé.

L'établissement dispose d'une autonomie sur le paramétrage du logiciel permettant une adaptation du dossier aux spécificités des prises en charge.

La dématérialisation du dossier patient rend celui-ci disponible même à distance pour tous les professionnels impliqués. À noter que les documents externes sont intégrés dans le dossier notamment tous les documents concernant l'identité patient, les directives anticipées qui sont rattachées au dossier du patient et non au séjour permettant de maintenir l'accès à ses informations à la racine du dossier. Une planche de code barre est éditée et permet lors du scan d'un document de le rattacher au dossier du patient (identitovigilance).

Les chariots médicaments disposent d'un ordinateur permettant la traçabilité en temps réel.

Pour la chirurgie, la feuille d'anesthésie est papier mais elle est scannée et intègre le dossier patient. La prise en charge au bloc opératoire est informatisée et une interface permet l'intégration en PDF d'une synthèse du suivi de l'opération. De même les résultats d'examens complémentaires tels que laboratoire et imagerie intègrent le DPI sous format PDF via des interfaces.

En ce qui concerne les informations paramédicales, le dossier est complet à chaque étape de prise en charge lors de l'hospitalisation jusqu'à la sortie ou une macro cible de sortie clôture le dossier. Elle intègre une check List assurant la traçabilité des informations et documents remis aux patients.

L'accès du patient à son dossier est effective en chirurgie, médecine, SSR ou aux urgences.

L'accès des professionnels au dossier patient est organisé. Cet accès est donné à tous les personnels sans aucune restriction. L'établissement utilise également une messagerie sécurisée pour transmettre les

informations aux médecins traitants.

Les transmissions sont informatisées et tant les infirmières que les aides-soignantes saisissent dans le dossier de soins. Les professionnels maîtrisent l'utilisation du dossier patient informatisé, et apprécient son ergonomie. L'utilisation d'un support informatique est intégrée dans l'organisation des soins.

L'archivage du dossier patient est organisé au niveau des archives informatiques et archives papiers. Pour les patients qui disposaient d'un ancien dossier avant le déménagement de la structure dans un des deux précédents établissements informatisés, la consultation du dossier antérieur demeure possible en base archive.

Les anciens dossiers papiers sont également archivés sur site pour les deux précédentes années, puis un relais est pris chez un hébergeur avec lequel l'établissement a contractualisé afin de définir les modalités de mise à disposition des dossiers patients.

L'accès aux archives du dossier patient est sécurisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique RHENA réalise le recueil des IQSS. En regard des résultats niveau C concernant la lettre de liaison, un travail important a été réalisé permettant de pré paramétrer une maquette qui intègre les éléments de la prise en charge évitant la re saisie.

Un accompagnement de cette mise en place est réalisé par le médecin DIM auprès des médecins.

Elle réalise également des audits du dossier patient (deux à quatre dossiers) par semaine dans chaque service. Évaluation réalisée par l'encadrement avec une infirmière afin d'identifier immédiatement les mesures correctives à mettre en place.

Les délais de transmissions au patient de son dossier sont suivis et les résultats sont conformes aux attendus réglementaires.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont identifiées, planifiées et mises en oeuvre. Ces actions sont articulées avec le programme d'actions institutionnel et sont suivies par le comité de pilotage du dossier patient et en COPIL Qualité Gestion des risques.

Les professionnels sont informés des résultats des évaluations lors des minutes qualité et lors des réunions de services.

Les usagers sont également informés via l'affichage des résultats ou par les comptes rendus de la CDU.

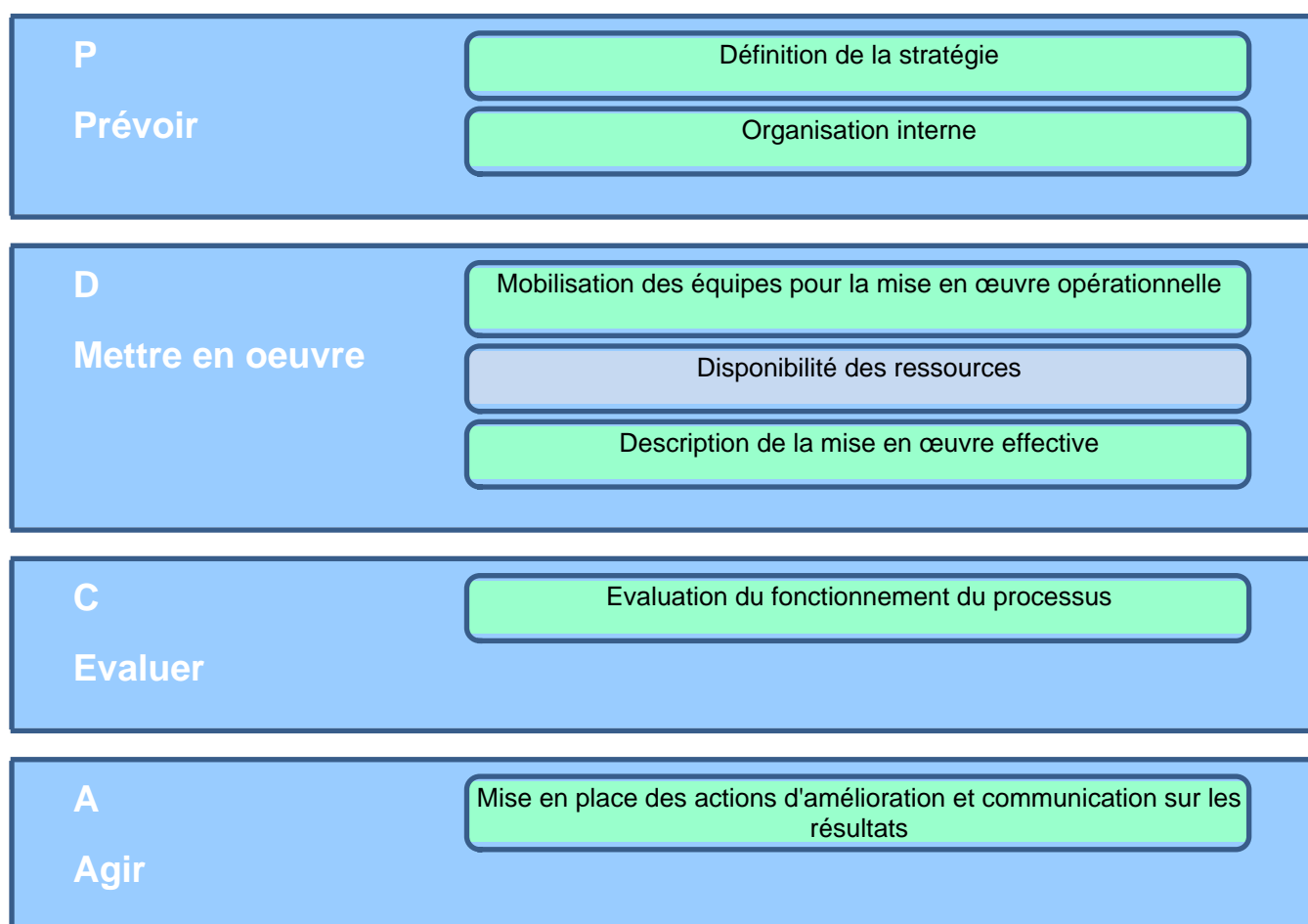
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 RHENA de Strasbourg a défini une stratégie sur la prise en charge médicamenteuse du patient. Cette stratégie a été élaborée sur la base des activités spécifiques de prise en charge (chirurgie, médecine, urgences, bloc opératoire et SSR) développées dans la clinique. Elle comprend trois objectifs suivants : sécuriser toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient ; assurer la gestion, l'approvisionnement, la vérification des dispositifs de sécurité, la préparation, le contrôle, la détention, l'évaluation et la dispensation des médicaments, produits ou objets mentionnés à l'article L. 4211-1, des dispositifs médicaux stériles et des médicaments expérimentaux ou auxiliaires définis à l'article L. 5121-1-1 ; développer la pharmacie clinique pour contribuer à la sécurisation, à la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé et de concourir à la qualité des soins, en collaboration avec les équipes de services cliniques et en y associant le patient.

Cette stratégie prend en compte les données issues de l'analyse des risques, qui a permis à l'établissement d'établir une cartographie des risques comportant trois risques priorités dans le compte qualité : risque lié à la rupture d'un produit chez un fournisseur, risque de produit non disponible (Médicaments, DMS, DMI) et le risque d'erreur médicamenteuse. Elle intègre également les objectifs du CAQES et le déploiement de l'informatisation du circuit du médicament, de la prescription à la traçabilité de l'administration médicamenteuse.

La stratégie de management de la prise en charge médicamenteuse est déclinée en programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité du circuit du médicament. Ce programme, validé par la CME, le COMEDIMS et le COSOINS, comprend des actions avec des responsables, échéances et modalités de suivi des actions.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du processus du Management de la Prise en charge Médicamenteuse du patient est décrite dans une fiche processus spécifique. La clinique a nommé un pilote (pharmacien gérant de la pharmacie) et deux co-pilotes (le pharmacien en charge des DMI/DMS et le pharmacien en charge de la pharmacie clinique). Le pharmacien gérant est également responsable du management de la qualité dans la prise en charge médicamenteuse.

Les missions et rôles du pilote et de deux copilotes sont définies dans leurs fiches de mission respectives.

La clinique RHENA dispose d'un COMEDIMS (sous-commission de la CME) qui assure la coordination du fonctionnement de ce processus de management de la prise en charge médicamenteuses en lien avec le CLIN et le comité des anti-infectieux.

Au regard des missions et des risques identifiés, la clinique RHENA de Strasbourg prévoit dans son organisation des ressources pour la pharmacie à usage intérieur (PUI) dont les missions sont entre autres d'assurer un approvisionnement continu, sécurisé et personnalisé en produits pharmaceutiques aux services de soin en accord avec le contrat de bon usage signé entre la direction de l'établissement et l'Agence Régionale de Santé, de suivre les consommations des produits refacturables à la sécurité sociale, de favoriser la mise en œuvre de la prescription informatisée et la dispensation nominative ou globalisée des médicaments.

En termes des ressources humaines, la clinique RHENA de Strasbourg prévoit des compétences en médecins prescripteurs, en pharmaciens, préparateurs, magasiniers, cadre de santé, IDE pour assurer le bon fonctionnement de ce processus. Le plan de formation présenté prévoit des formations professionnelles sur des thématiques de la prise en charge médicamenteuse où les nouveaux arrivants sont intégrés.

Le système documentaire de la clinique RHENA prévoit des documents spécifiques à l'organisation et aux bonnes pratiques de la prise en charge médicamenteuse.

En termes de moyens matériel, la clinique RHENA prévoit des équipements de préparation, de transport, stockage, administration et traçabilité des médicaments. La maintenance de l'ensemble d'équipements et matériels relatifs à la prise en charge médicamenteuse est prévue.

Des locaux adaptés sont prévus à la pharmacie à usage intérieur (PUI) et dans les secteurs de soins pour la bonne gestion des médicaments et dispositifs médicaux.

Les règles de réception et contrôle à réception des produits réfrigérés ne sont pas mises en œuvre. Pour ce qui concerne le contrôle de température à réception, il existe un mode opératoire en date du 25/02/2019, applicable par tous les services y compris la PUI pour l'ensemble du circuit du médicament. Ce mode opératoire précise : les modalités de contrôle et de réception des produits soumis au respect de la chaîne du froid ainsi que la conduite à tenir en cas de rupture de la chaîne de froid. L'établissement a commandé pendant la visite un thermomètre adapté pour ce contrôle.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de trois risques identifiés dans le compte qualité et des objectifs identifiés sur le management de la prise en charge médicamenteuse du patient, le pilote et les deux co-pilotes de ce processus ainsi que les responsables du management des secteurs de chirurgie, médecine, bloc opératoire, urgences, SSR et pharmacie organisent la déclinaison de la démarche qualité institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Ils mobilisent et impliquent les professionnels médecins et non médecins travaillant dans la clinique à la mise en œuvre des actions définies sur la prise en charge médicamenteuse du patient.

Les pharmaciens de la PUI de la clinique RHENA de Strasbourg et l'encadrement des secteurs cliniques (chirurgie, médecine, SSR, bloc opératoire et urgences) sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans le processus de management de la prise en charge médicamenteuse du patient ainsi que sur les résultats d'évaluations réalisées. Des réunions de service hebdomadaires, et réunions de groupes de travail pluri-professionnels (bloc Opératoire-PUI, bloc opératoire-stérilisation, groupe EPP, Comité des soins-PUI) sont menées. L'immersion du personnel de la pharmacie dans les services client (bloc, stérilisation, soignant) et la semaine sécurité patient permettent également de mener des actions directes de sensibilisation.

Des affiches et notes d'information sont diffusées par le pharmacien sur des thématiques relatives à la prise en charge médicamenteuse, notamment des affiches sur les médicaments à risque identifiés dans l'établissement. Des audits ainsi que cinq EPP ont été réalisés en 2018 pour s'assurer de la conformité des pratiques sur la prise en charge médicamenteuse du patient.

Des actions correctives sont identifiées au regard des résultats d'audits et EPP menées, et aussi au vu des résultats des indicateurs ou des dysfonctionnements sur le circuit du médicament.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En termes de ressources humaines, la clinique RHENA dispose d'une équipe de pharmacie composée de 6 pharmaciens (4,9 ETP) dont un pharmacien gérant, de 9 préparateurs (9 ETP) et 3 magasiniers (2,9 ETP) pour assurer le bon fonctionnement du processus de management de la prise en charge médicamenteuse dans les services de soins et à la PUI.

Les nouveaux arrivants suivent un processus d'intégration (charte de fonctionnement, tutorat, ...) avec point de situation et évaluation régulière. Les cadres rédigent un rapport d'étonnement qui est présenté à la hiérarchie et au service.

Les médecins nouveaux arrivants suivent un parcours d'intégration et rencontrent systématiquement le pharmacien gérant pour une formation sur le livret thérapeutique et la PECM. La chargée de projet DPI les forme sur le logiciel de prescription DxCare.

Une procédure et une armoire à pharmacie sont mises en place pour pallier à l'absence de la permanence (astreinte) pharmaceutique le weekend et les jours non ouvrés afin d'assurer l'approvisionnement des services de soins en cas de besoins.

Des formations professionnelles planifiées ont été réalisées avec 18 séances et 300 personnes formées en 2018 sur des thématiques relatives à la prise en charge médicamenteuse.

Le dispositif de gestion documentaire établi comprend la charte de fonctionnement de la pharmacie à usage intérieur, le règlement intérieur de la Commission locale de surveillance des gaz médicaux, le règlement intérieur du CREX COMEDIMS. Des supports informatiques sont disponibles pour assurer la traçabilité des activités de prescription et d'administrations des médicaments du patient. Un livret thérapeutique et des protocoles thérapeutiques actualisés et sécurisés sont mis à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire. Des flyers sur les médicaments à risques sont disponibles. L'accès aux différents documents est donné à tous les professionnels exerçant dans la clinique.

En termes de matériels spécifiques du processus de prise en charge médicamenteuse, la clinique RHENA dispose d'armoires à pharmacie de stockage sécurisées dans la PUI, de coffre-fort pour stupéfiants, des armoires réfrigérées, d'un pneumatique d'envoi des produits vers les services utilisateurs. Des chariots de dispensation nominative des médicaments, des chariots de dotations hebdomadaires, des chariots d'urgences vitales, des armoires à pharmacie et réfrigérateurs à médicament sont mis à disposition dans les unités de soins. L'ensemble de ces équipements et matériels sont conformes, sécurisés et adaptés pour assurer une bonne prise en charge du médicament du patient. Leur maintenance est assurée à périodicité définie par les personnels soignants, les préparateurs et les équipes techniques.

L'architecture des locaux tient compte des besoins et permet une optimisation des flux (proximité PUI-stérilisation, proximité PUI-quais de livraison, ascenseurs dédiés PUI-bloc), des postes de travail dédiés et adaptés (gestion des DMI).

La PUI dispose d'une zone réception, zone déstockage, zone stockage et rangement avec des racks palettes pour stockage en hauteur (espace gestion DMI, espace médicaments), zone de préparation et zone de dispensation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les personnels des services de chirurgie, médecine, Urgences, du bloc opératoire, SSR et de la pharmacie rencontrés lors de la visite connaissent et mettent en œuvre l'organisation et les plans d'action établis sur le processus de management de la prise en charge médicamenteuse du patient dans la clinique RHENA.

La prise en charge médicamenteuse du patient est toujours initiée par une évaluation initiale des prescriptions, qui est réalisée par le médecin assurant la première prescription à l'admission du patient dans chacun des secteurs de prise en charge de la clinique RHENA. Cette évaluation comprend le relevé des allergies médicamenteuses, la prise en compte du traitement personnel habituel du patient à son admission, l'identification des troubles éventuels de la déglutition, le profil pédiatrique chez les enfants et le profil gériatrique chez les personnes âgées.

La prise en compte médicale des traitements personnels habituels du patient est effective et tracée, et les médicaments apportés par le patient sont séquestrés et lui sont remis à sa sortie.

Les prescriptions médicamenteuses en hospitalisation sont réalisées sur un support unique informatisé. Les prescriptions investiguées dans les unités de soins et au bloc opératoire sont et conformes : écrites horodatées, avec nom du prescripteur (prescripteur habilité à prescrire), avec signature, dénomination des médicaments, posologie (dosage unitaire, rythme d'administration) et la durée. Les prescriptions d'injectables comportent une précision sur les modalités de dilution, la vitesse et la durée de perfusion.

La pharmacie clinique est déployée et l'informatisation des prescriptions médicamenteuses facilite l'analyse et la validation pharmaceutique des prescriptions par le pharmacien. L'analyse pharmaceutique des prescriptions est réalisée quotidiennement du lundi au vendredi par les pharmaciens qui ont accès au logiciel de prescriptions. Cette analyse donne lieu à une validation pharmaceutique des prescriptions et à des interventions pharmaceutiques suite à l'identification d'anomalies éventuelles sur les prescriptions. En cas d'anomalies, des messages pharmaceutiques d'alerte sont adressés aux prescripteurs concernés via le dossier patient informatisé. Les bonnes pratiques de préparation des produits pharmaceutiques (préparation ou fabrication, libération de la préparation et dispensation) sont mises en œuvre à la PUI.

Les règles de dispensation des médicaments sont formalisées et mises en œuvre au sein de la PUI. La dispensation des médicaments aux services de soins est faite par la dispensation nominative des traitements de patients ou par dotation globalisée (armoires à pharmacie hebdomadaires). La délivrance nominative des traitements médicaux complets est mise en œuvre, notamment pour les stupéfiants et les MDS.

L'administration du traitement et le suivi paramédical sont assurés sur un support informatique de plan d'administration. Le contrôle d'identité du patient et des produits à administrer, et le contrôle de l'administration sont faites par une infirmière ; Pour certains patients qui le nécessitent, une aide leur est apportée à l'administration. En cas de non administration, le motif de non administration est tracé et le médecin est informé. Le patient est éduqué et informé sur son traitement et au bon usage de ses médicaments.

La traçabilité de l'administration ou de la non administration des médicaments est faite par l'IDE sur le support informatique d'administration.

Le suivi médical du traitement des patients est assuré à travers l'évaluation des traitements en cours et la surveillance d'éventuels effets secondaires, les modifications éventuelles des prescriptions datées, signées et lisibles. Le patient est informé des modifications éventuelles apportées à son traitement. Des situations nécessitant une information des patients sont identifiées (chimiothérapie, traitement anticoagulant, patient diabétique etc. L'information est alors assurée oralement par les professionnels de santé (médecins, pharmaciens, sages-femmes, puéricultrices, infirmières), précisant l'usage des médicaments prescrits et/ou les précautions à prendre. Des supports issus de la pharmacie ou des laboratoires sont à disposition des équipes et des patients par exemple aux urgences, maternité et en chirurgie.

La gestion des produits pharmaceutiques à la PUI est réalisée à l'aide du logiciel de gestion des stocks qui permet de commander, recevoir et délivrer globalement ou nominativement (EPO, MDS, DMI...). Les règles de réception, rangement, transport et stockage des médicaments, particulièrement pour les médicaments à risque, sont respectées (identification, hygiène, préservation, sécurisation, respect de la chaîne du froid).

La gestion des stocks de médicaments des unités de soins est assurée dans des armoires sécurisées et réfrigérateurs à médicaments. Les stocks immobilisés sont réduits, les systèmes de rangement sont adaptés avec armoires fixes ou mobiles, l'étiquetage est réglementaire et les armoires sont gérées sur le principe plein/vide.

Le contrôle systématique des livraisons de médicaments au secteur de soins est réalisé avec accusés de réception. Les médicaments non utilisés sont retournés à la PUI et la vérification des armoires à pharmacie est assurée, notamment la vérification des dates de péremption et des stocks minimaux et maximaux. La traçabilité des contrôles de la température des réfrigérateurs est réalisée dans les unités de soins visitées.

Concernant les médicaments à risques, ils font partie intégrante de la cartographie des risques. A ce titre, et avant son ouverture, la clinique RHENA a fait le choix d'un mode de gestion des médicaments et dispositifs médicaux sous la forme d'une méthode plein/vide avec dotation et signalétique spécifique sur le médicament à risque, avec un logo d'alerte dans le DPI pour le prescripteur et pour la personne qui l'

administre. Cette mise en œuvre a fait l'objet de réunions de formation et d'information avec les personnels concernés. Cet item a fait l'objet d'évaluations. En janvier 2018, la prise en charge médicamenteuse, dont les médicaments à risque, a fait l'objet d'une analyse de risque par l'assureur de l'établissement qui a conclu par l'absence de dysfonctionnement sur la gestion du médicament à risque sur la clinique RHENA. Les éléments d'information ont eux-aussi fait l'objet de campagnes d'information. Les personnels ont été formés à l'utilisation des médicaments à risques dont les anticoagulants quelles qu'en soient leurs formes. Les professionnels sont informés de tout changement de médicament en cas de rupture, en particulier les médicaments à risques. Cette information est générale. L'encadrement s'assure de l'appropriation de ces informations par les professionnels (minute de l'équipe). Un focus particulier est réalisé sur l'administration par les IDE et les sages-femmes, dont les médicaments à risque, chez les personnes souffrant d'obésité, chez les personnes âgées et chez les enfants. L'analyse pharmaceutique prend en compte le médicament à risque et l'information des personnels. L'analyse des FSEI n'a pas mis en évidence une problématique sur la prise en charge médicamenteuse des patients liée à un défaut d'appropriation par les professionnels. Les RMM réalisées dans ce domaine n'ont jamais conclu à un défaut d'appropriation des consignes de gestion du médicament à risque. Dans le cadre des techniques de récupération améliorée après chirurgie (RAAC), l'ensemble des professionnels est spécifiquement formé à l'utilisation des médicaments utilisés. Pour autant, les professionnels n'ont pas toujours connaissance des médicaments à risques définis et des règles de gestion de ces médicaments, lors de la visite dans les secteurs de chirurgie, médecine, des urgences et du SSR, les experts-visiteurs ont constaté que la moitié des soignants interrogés ne connaissent ni les médicaments à risques identifiés dans la clinique ni les consignes (flyers et pictogrammes) établies sur ces médicaments.

La traçabilité des activités de Commande, livraison, d'analyse et avis pharmaceutiques, de contrôles et vérifications est effective à la PUI.

La traçabilité des dispensations nominatives et des dotations, des contrôles à réception, des prises en charge médicamenteuse (prescription, administration, information du patient, surveillance, etc.) est assurée dans les secteurs de soins investigués.

La traçabilité des médicaments dérivés du sang et des stupéfiants, des DMS (notamment des DMI) est assurée au bloc opératoire/chirurgie comme à la pharmacie.

Les modalités de sortie des patients de la clinique RHENA ou de leurs transferts vers d'autres structures de soins prennent en compte le traitement personnel ou habituel du patient, le traitement prescriptions du transfert ou de la sortie. Le patient est informé sur son traitement de sortie avec la remise des documents nécessaires (lettre de sortie) pour assurer la continuité de la prise en charge médicamenteuse.

Le recueil et l'analyse des EI liés aux produits de santé sont réalisés en lien avec les professionnels, ce qui permet à la clinique de générer un registre des erreurs médicamenteuses survenues sur une période donnée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Cinq EPP réalisées sont identifiées sur le compte qualité : la réévaluation de l'ATB à 48 et 72 heures, le respect du circuit des MDS de la prescription à l'administration, l'évaluation des prescriptions médicamenteuses à risques, l'évaluation de la pertinence de la prescription médicale par l'analyse pharmaceutique, l'évaluation de la prescription des immunoglobulines par patients avec IMC élevé. Des audits périodiques ont été également menés sur le circuit du médicament, notamment sur la traçabilité de l'implantation des dispositifs médicaux.

La clinique RHENA de Strasbourg recueille les indicateurs IQSS sur la prescription médicamenteuse lors de l'hospitalisation et à la sortie, l'indicateur composite de bon usage des antibiotiques (ICATB 2). Il suit également les indicateurs du contrat de bon usage des médicaments du CAQES (la consommation des médicaments, des DMS et des DMI, le suivi des dépenses en médicaments et produits et prestations refacturables, le suivi du nombre de lit dont la prescription et la dispensation est nominative, l'informatisation du circuit des DMIS, la traçabilité des médicaments dérivés du sang, la diffusion du livret thérapeutique dans l'établissement). Des RMM et RETEX sont réalisés sur les erreurs médicamenteuses.

A / AGIR

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

Des actions issues des résultats des audits, EPP, d'analyse des risques, CREX et du suivi des indicateurs IQSS et CAQES du processus de management de la prise en charge médicamenteuse sont mises en œuvre. Elles sont suivies en réunions de COMEDIMS, CME et au COPIL qualité et gestion des risques.

Les résultats des évaluations (audits, EPP et suivi d'indicateurs nationaux) et des actions conduites sont diffusés aux professionnels de la PUI et ceux des secteurs de soins à travers les comptes rendus des réunions d'instances, la messagerie interne et le logiciel de gestion documentaire.

Les usagers sont informés de ces résultats et actions menées par voie d'affiches et par le compte rendu de la CDU.

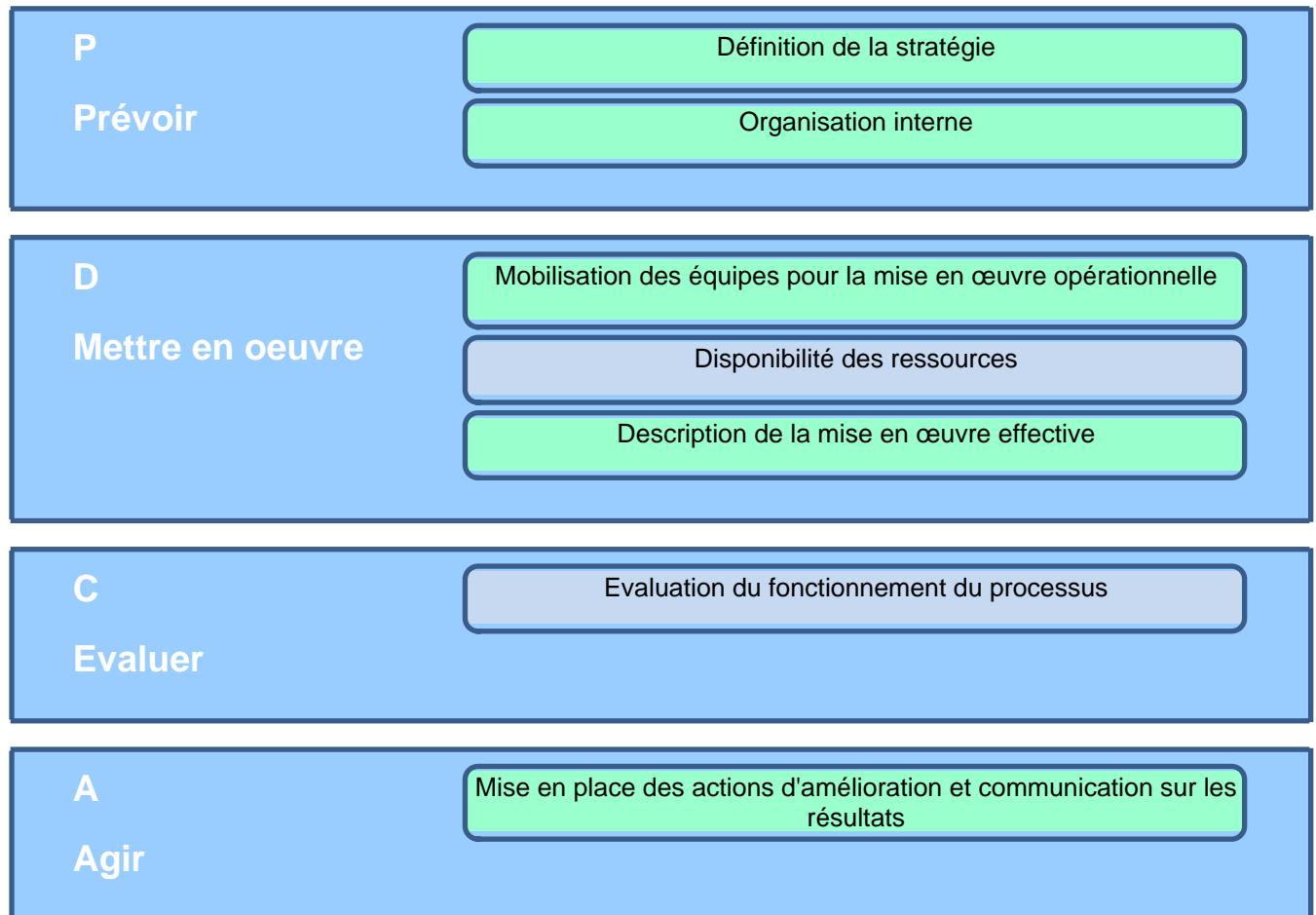
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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 Rhéna a reçu son premier patient le 27 février 2017, elle regroupe 3 cliniques privées à but non lucratif, Diaconat créée en 1842, Adassa créée en 1878 et Sainte Odile en 1912. Son implantation est au cœur d'un quartier en plein développement avec une population assez précaire.

Le secteur des urgences de la clinique RHENA a une spécificité puisqu'il prend en charge deux activités bien distinctes les urgences polyvalentes et SOS mains.

Les Urgences Polyvalentes traitent 29 000 passages.

Les Urgences SOS mains : 13 000 passages dont 3500 opérés et 3500 programmées.

L'activité augmente sur les deux secteurs.

Il existe une zone d'accueil debout et une zone d'accueil couché, ces deux zones sont à proximité immédiate de l'accueil administratif et de l'accueil IOA.

Un box de déchocage adulte avec 2 postes, neuf box de prises en charge pour les soins dont un pour la pédiatrie, et un autre pour les plâtres, une salle de soins infirmiers et 8 lits d'unité de courte durée.

Le laboratoire, l'imagerie médicale, l'IRM et le scanner, le bloc opératoire, la maternité et le bloc opératoire SOS mains sont à côté de ce service d'urgences.

Le service SOS mains présente un circuit identifié et autonome avec 2 entrées :

- une entrée urgente avec la salle d'induction et de réveil, les 2 salles d'opération, les locaux de mise à la rue et
- une entrée consultations, avec les salles de consultation, d'orthèse, du personnel expérimenté et 6 chirurgiens de la main.

Il existe une politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et l'analyse des risques. La politique se décline en deux axes :

- garantir une évaluation médicale et un traitement adapté à tout patient
- optimiser le transfert interne des patients via la cellule de régulation.

Elle est validée par les instances dont la CRU et revue à chaque fois que cela est nécessaire et a minima une fois par an.

Une cartographie des risques a été réalisée avec les professionnels de santé du secteur en intégrant les FEI, les plaintes et réclamations, les audits, les statistiques d'activité, les suivis des temps d'attente et les réponses aux questionnaires de satisfaction des patients.

Les risques ont été priorisés :

- mauvaise évaluation du facteur de gravité
- perte de chance liée au retard d'examen complémentaires
- risques liés au manque de lits disponibles dans les unités de soins.

La stratégie du parcours patient comprend trois orientations stratégiques d'amélioration de la qualité et de développement institutionnelle :

- développer les compétences IAO
- trouver des lits d'aval
- définir les modalités de transfert en chirurgie.

Cette stratégie, validée par le directoire, la CME et le COPIL qualité-gestion des risques, est déclinée en programme d'amélioration comprenant des actions, responsables, échéances et modalités de suivi des actions.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation a été définie pour piloter le processus. Les pilotes sont 4 médecins associés aux deux directrices des soins et à la responsable du pôle urgences polyvalentes / SOS mains.

Il existe une charte de fonctionnement des urgences et un règlement intérieur qui précisent l'organisation, les rôles, la coordination, les relations et incluent le recours aux avis spécialisés. Celle-ci est connue par les acteurs du territoire de santé. Les urgentistes acceptent de recevoir en urgence des patients après l'appel de leurs médecins traitants pour avis ou bilan.

Deux accueils distincts sont identifiés, un debout et un accueil couché. Le tri SOS mains, urgences polyvalentes et obstétricales se réalise à l'aide d'un ticketing, au milieu l'accueil administratif ouvert 24h sur 24, puis le box d'accueil et de priorisation des patients.

L'IAO assure l'accueil et la priorisation des patients, les infirmières sont polyvalentes sur tous les postes, accueil, box, UHCD. Il a été mis en place un tableau de priorisation des patients en fonction d'une grille d'évaluation de l'état du patient. Les noms des patients ayant bénéficié de cette évaluation apparaissent sur un écran informatique dans le poste de soins permettant ainsi de visualiser les priorités. Les enfants sont installés directement dans les box.

La prise en charge dans les box se fait par les médecins urgentistes et les IDE.

Les protocoles et procédures sont identifiés. Un certain nombre de protocoles ont été élaborés ou

réactualisés avec les urgentistes pour une harmonisation des pratiques. Les ressources en matériel sont identifiées et disponibles. Les ressources et système d'information sont adaptés aux besoins.

La cellule de régulation de l'établissement est chargée de trouver un lit aux patients qui ont besoin d'une hospitalisation (elle recense régulièrement les disponibilités en lits). Une coordination médicale est en place dans les 2 parcours : urgences polyvalentes et SOS mains. Les listes de garde et d'astreintes sont réalisées et diffusées.

La maintenance préventive et curative est assurée. Un plan d'équipement annuel est réalisé.

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du service (urgences polyvalentes/UHCD/SOS mains) sont identifiées. Les ETP médicaux sont en nombre pour assurer l'activité (6 médecins urgentistes et 4 remplaçants).

Un plan de formation prévoit des formations pour l'accueil aux urgences (IAO), l'ECG, l'hygiène, l'accueil de la personne âgée ou l'enfant, etc...

Le circuit du patient aux urgences est défini.

Les rôles et missions des professionnels du service des urgences sont définis dans des fiches de postes.

Les organisations mises en place permettent la prise en charge des patients en fonction de leur degré d'urgence.

Un inventaire est réalisé à l'entrée à chaque fois que cela est nécessaire : patient inconscient, personnes âgées, troubles cognitifs, enfants, patients hospitalisés.

L'identification des patients avec un bracelet est systématique pour les patients dès l'accueil administratif réalisé.

Le plan blanc est formalisé et actualisé, les personnels des urgences ont participé à son élaboration.

Les différentes salles de soins sont équipées selon les besoins du service d'urgences, un chariot d'urgence est à disposition.

La gestion des interfaces avec les services cliniques et médico techniques est prévue et organisée : laboratoire, scanner, imagerie conventionnelle. Mais aussi ambulances, pompiers, police.

Les coopérations et partenariats sont formalisés sous forme de conventions inter établissement (CHRU, clinique de l'Orangerie).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de pôle (cadres de santé) sont en charge de la déclinaison de la démarche qualité sur le terrain. Les professionnels ont été associés et informés des risques prioritaires et des plans d'actions via les réunions et les staffs qui se mettent en place de façon plus régulière. Les responsables (médecin urgentistes, responsable de pôle) s'assurent de la conformité des pratiques dans les différents secteurs.

Les professionnels connaissent le système de déclaration des événements indésirables et y participent. La satisfaction des usagers leur est communiquée, ils participent aux EPP de leur secteur.

De nombreuses évaluations sont réalisées au niveau des urgences. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

De nombreux professionnels sont impliqués dans des rôles de référents : hygiène, douleur, personnes âgées, enfants, gestes d'urgence, formation AFGSU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité du service des urgences, l'effectif paramédical est en nombre et adapté à l'activité. L'effectif infirmier sur les urgences polyvalentes a été renouvelé et la majorité d'entre eux sont formés à l'accueil et à l'orientation. Les compétences nécessaires à l'activité des urgences sont présentes dans tous les secteurs d'activités des urgences (les infirmiers sont polyvalents sur tous les secteurs des urgences médicales). Les tableaux de garde et d'astreintes sont affichés dans le service des urgences et le médecin de garde peut appeler son collègue d'astreinte si l'activité le nécessite.

Les professionnels de soins bénéficient d'une période de doublure lors de leur arrivée dans le service. Les professionnels réalisent uniquement des actes relevant du champ de leur compétence de leur profession. Il n'y a pas de glissement de tâches.

Des formations sont organisées au niveau institutionnel pour les professionnels : formation à l'accueil, à la prise en charge des enfants et des personnes âgées. Les urgences sont terrain de stage pour les étudiants en soins infirmiers.

La gestion documentaire électronique est en place. Les professionnels ont accès aux procédures et autres documents par le logiciel de gestion documentaire. Toutes les procédures nécessaires au fonctionnement du service sont présentes dans la gestion documentaire, les professionnels savent aller les chercher. Il existe des protocoles infirmiers pour la prise en charge de la douleur, etc.

Les ressources en matériel sont définies et les box, salles d'examen ou chambres des UHCD sont équipées en fonction de leurs spécificités en nombre et qualité. L'ouverture de la salle de déchocage est vérifiée et tracée.

Les locaux sont neufs et bien entretenus. Il y a de l'espace. L'UHCD a huit chambres, toutes équipées de toilettes. L'hygiène des locaux est définie et formalisée.

La confidentialité et la dignité sont respectées quelque soit le secteur où le patient se trouve. Un dispositif de maintenance curative et préventive est organisé et mis en place pour l'ensemble du matériel. Si besoin, les médecins peuvent faire appel à des avis spécialisés en interne ou externe.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les parcours debout et couchés sont bien respectés. Le service respecte la confidentialité. Les entretiens singuliers ont lieu dans les box d'examen (un patient par box).
Les filières pour les prises en charge les plus critiques sont organisées avec le CHRU et la clinique de l'orangerie pour les patients souffrant de pathologie cardiaque.
Les médecins traitants peuvent envoyer leur patient aux urgences pour un avis ou un bilan.
Un dossier patient informatisé est unique sur l'établissement et permet une continuité dans la prise en charge du patient, le traitement personnel des patients est recueilli dès l'entrée.
La recherche de la disponibilité des lits sur l'établissement est réalisée par la cellule de régulation qui est un plus pour la fluidité des passages aux urgences. Le nombre de lits peut être augmenté car quelques chambres individuelles sont équipées pour recevoir un deuxième lit. La commission des soins non programmés se réunit régulièrement et joue son rôle.
Les circuits de la prise en charge sont définis en fonction de l'urgence et certains parcours sont déclinés sous forme de protocoles : filière médicale, filière chirurgicale, obstétrique...
Le degré d'urgence est évalué par l'IOA selon une grille de tri de niveaux. La prise en charge est définie. la douleur est évaluée, le relevé des constances tracé.
Les patients nécessitant des prises en charge longues sont intégrés à l'UHCD s'ils nécessitent des examens complémentaires, ou ils passent rapidement en service de médecine, de manière à fluidifier les parcours.
Les bonnes pratiques en identitévigilance sont appliquées tout au long de la prise en soin des patients et le bracelet d'identification est systématique. La douleur est évaluée et tracée dès l'entrée.
L'hygiène des locaux est réalisée avec l'aide de la cellule d'hygiène. L'ouverture des box est tracée tous les matins.
Les chariots d'urgence sont vérifiés et tracés.
Le dossier patient est informatisé sur ce secteur. Les lettres de sorties sont délivrées au patient si retour à domicile, ou mutation ou transfert. Une relève médicale et paramédicale se fait tous les matins avec une revue des dossiers patients.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service des urgences médicales surveille ses indicateurs d'activités quantitatifs et qualitatifs :
Recueil et analyse des FEI avec la participation des professionnels
Revue de dossiers
Evaluation du chariot d'urgence
Pertinence du tri IAO : grille revue et amélioration de plus de 10% par an
Evaluation du processus transfusionnel
Suivi de l'activité
Suivi des temps d'attente et de passage : durée moyenne : en 2018 : 2h11, en 2017 : 1h44.
Durée médiane : en 2018 : 1h35, en 2017 : 1h18 qui augmentent avec l'augmentation du nombre de patients
Evaluation du délai de rendu des résultats de biologie médicale : les interfaces améliorées : meilleurs résultats
Ces données sont analysées par l'encadrement médico-soignant et par l'équipe.
Des RMM ou RETEX se mettent en place suite à des EI, à des prises en charge particulières ou concernant la continuité de soins. Des dossiers de patient traceur ayant transité par les urgences polyvalentes ont été réalisés.
Les décisions d'amélioration sont mises en place pour diminuer le temps d'attente aux admissions administratives, pour améliorer la collation salée aux urgences SOS main après l'autorisation médicale.
La gestion des plaintes et réclamations est assurée avec la cellule qualité et la CDU, avec proposition si besoin d'une conciliation.
Les évaluations donnent lieu à des actions correctives.
Le secteur SOS mains a beaucoup travaillé sur les freins à la fluidité du parcours, sur la coordination des professionnels ; La quasi totalité des patients est prise en charge en ambulatoire, les urgences sont intégrées en continu sur la journée opératoire.
Une EPP sur les causes des réadmissions sur la main est menée au long cours (24 en 2018).
L'étude sur la satisfaction des patients en 2018 pour SOS Mains : 92% de satisfaits et plus de 97 si on ôte l'item accès à l'établissement. Elle est aussi satisfaisante aux urgences polyvalentes.
Labellisation renouvelée : FESUM.

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

De nombreuses actions ont été mises en œuvre. Et les EPP en continu permettent de cibler les actions d'amélioration.

Des IDE référents ont été nommés pour l'hygiène, la douleur, les personnes âgées, les enfants et pour la pharmacie. Les actions d'amélioration sont suivies conjointement par les urgentistes, l'encadrement soignant et la cellule qualité. Les professionnels sont très impliqués dans la démarche qualité.

Des actions de communications sont réalisées pour les personnels sur les actions mises en œuvre lors des réunions de service, des staffs, réunions de service en place, ou par affichage.

Les usagers sont informés des résultats et actions via les points d'affichage et les comptes rendus des réunions de la CDU.

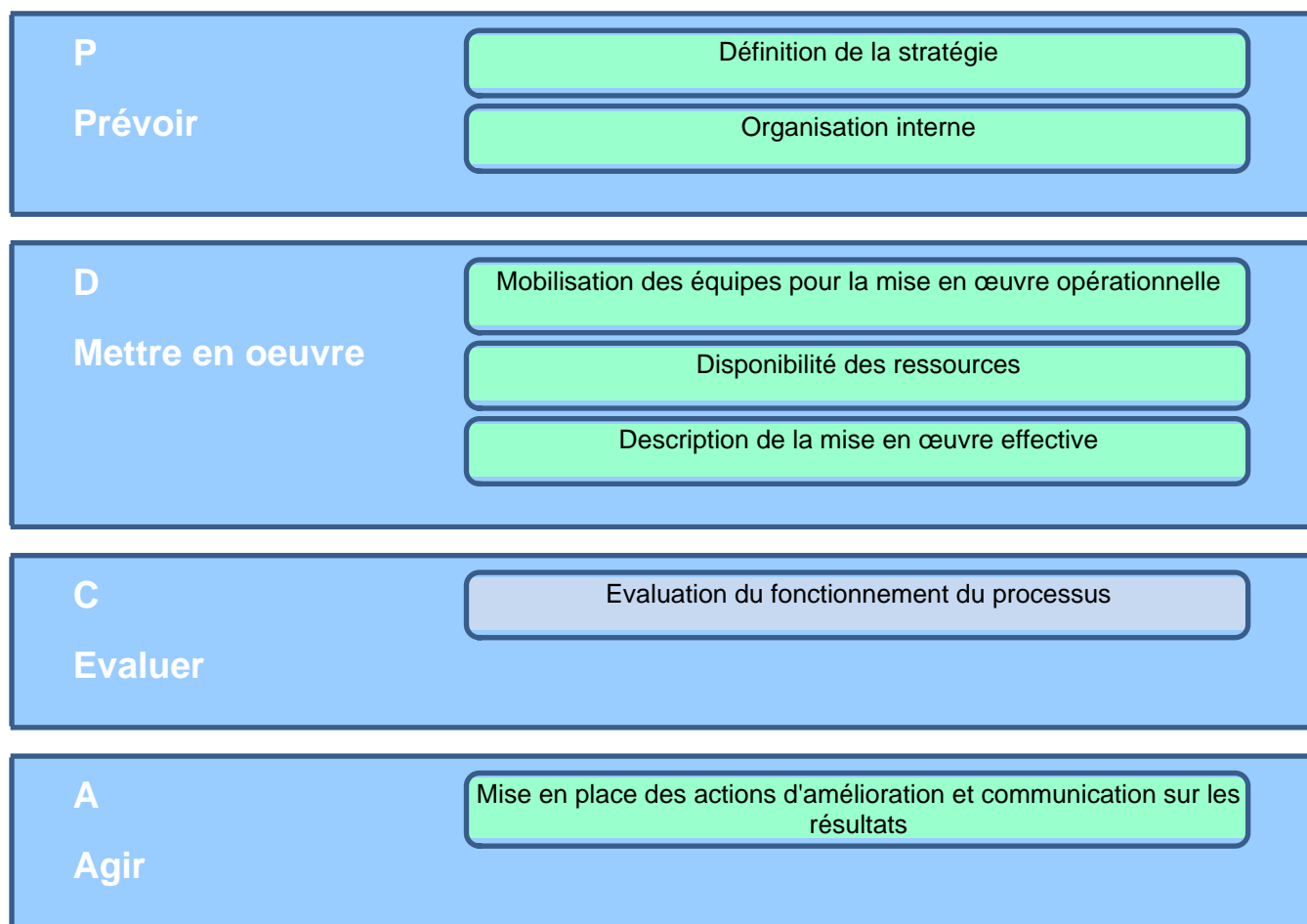
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAtoire

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique RHENA a défini une politique générale de management de la qualité et de la sécurité dans le secteur du bloc opératoire et dans le secteur de chirurgie ambulatoire. Celles-ci sont intégrées au projet qualité de l'établissement et s'appuient sur les orientations du CPOM.

Elle comprend des objectifs élaborés et validés par les instances de l'établissement « RHENA » regroupant sur un même site trois établissements de santé d'obédience religieuse différente.

Cette politique comprend deux objectifs qui sont de :

- Assurer l'organisation harmonieuse et optimisée du bloc opératoire en tenant compte des ressources mises à disposition
- Veiller au respect des règles de fonctionnement pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge des patients et les conditions de travail des personnels et d'exercice des praticiens, évaluer les pratiques professionnelles, définir et suivre des indicateurs.

Elle prend en compte les résultats de l'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisés au regard des différents modes d'hospitalisation (hospitalisation complète, hospitalisation de jour (circuit classique, circuit court), short track), des circuits de prise en charge (chirurgie programmée et urgence), mais aussi le résultat des indicateurs, des évaluations et les obligations réglementaires.

Les risques analysés ont été hiérarchisés et priorisés. Les risques priorisés ont permis de définir un programme d'amélioration pour la prise en charge des patients dans une approche préventive (application de la check-list) et de surveillance (disponibilité des ressources). Ce programme comporte des actions avec des responsables, échéances et modalités de suivi des actions.

Il existe une stratégie de communication régulière des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels concernés lors des conseils de bloc ainsi qu'aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est sous la responsabilité du directeur des soins en charge du plateau technique accompagné des cadres des secteurs interventionnels :

- Le bloc opératoire général qui comprend 15 salles organisées en 3 secteurs : chirurgie dure, chirurgie molle et une salle réservée aux césariennes d'urgence (code rouge).
- Un bloc opératoire réservé à l'ophtalmologie avec 3 salles et 12 postes de SSPI
- Un bloc opératoire pour la chirurgie de la main avec deux salles et 7 postes de SSPI
- La SSPI attenante au bloc général comprend 31 postes et reçoit aussi la surveillance des anesthésies générales réalisées au bloc opératoire d'ophtalmologie et de chirurgie de la main ainsi qu'au bloc d'endoscopie.

Le conseil de bloc est la structure dédiée au pilotage et à la coordination de la mise en œuvre et au suivi du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au niveau du bloc, de la SSPI, en lien avec la conférence médicale d'établissement (CME) et le responsable qualité de l'établissement. Il se réunit à périodicité définie, au minimum fois par an et de manière exceptionnelle si besoin.

La charte de fonctionnement du bloc établit les responsabilités, précise les différents secteurs opératoires, les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge, dont la chirurgie programmée, la chirurgie ambulatoire et les urgences, ainsi que les modalités d'élaboration, de régulation des programmes opératoires.

Un cadre de bloc opératoire pilote le comité du bloc opératoire qui régule les activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Il s'assure de la mise à disposition des moyens humains et matériels dans le cadre du programme opératoire. Il assure la coordination et dispose de la maîtrise des moyens et des informations nécessaires pour remplir sa mission.

Il existe un organigramme et des fiches de poste formalisant les responsabilités des professionnels par secteur d'activité.

Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et des contraintes de recrutement local aussi bien pour les ressources humaines que pour les ressources matérielles.

Le plan des formations prend en compte les besoins en compétences et qualifications et s'adaptent en fonction du développement des activités.

Les ressources matérielles sont identifiées. Un dispositif de maintenance préventive corrective est en place et la gestion des pannes ou des dysfonctionnements est organisée.

Les besoins en procédures et protocoles sont identifiés et sont en cours de formalisation officielle dans le logiciel de gestion documentaire dans un objectif d'harmonisation des pratiques professionnelles. Les professionnels participent à leur élaboration et à leur réactualisation.

La configuration des locaux du bloc et la SSPI prennent en compte les besoins, les risques et la réglementation.

Le système d'information au niveau des blocs et de la SSPI est identifié et remarquable par son efficience.

- Il s'appuie sur un dossier patient informatisé utilisé et disponible dans tous les établissements y compris auprès des professionnels libéraux dans leur cabinet de ville.
 - Un logiciel unique pour tout l'établissement permet le suivi de la prise en charge des patients depuis leur admission jusqu'à la sortie. Il permet les interfaces avec les différents secteurs en dehors du suivi des DMI qui est assuré par un fichier partagé entre la pharmacie et le bloc opératoire.
- La coordination des compétences utiles est organisée entre le bloc et les secteurs cliniques, dont l'unité de chirurgie ambulatoire, l'USC et les secteurs d'hospitalisation type Short-track, et les secteurs médico-techniques par des réunions régulières (stérilisation, pharmacie, urgences, maternité, hygiène, biomédicale, etc.).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pilote du processus et les cadres de santé opérationnelle communiquent sur la démarche qualité et sécurité des prises en charge et impulse une démarche d'amélioration au sein des différents secteurs opératoires en lien avec les orientations de l'établissement notamment le développement de la chirurgie ambulatoire et de la prise en charge selon les modalités d'un circuit Short-track.

Ils communiquent à leurs équipes sur le suivi des plans d'actions et l'atteinte des objectifs propres à leur secteur. Ils s'assurent de la conformité des pratiques au respect des procédures et des protocoles. Les dysfonctionnements et les événements indésirables sont signalés sur le circuit propre à l'établissement et font l'objet d'actions correctives. Les événements indésirables graves font l'objet d'une RMM organisée par les secteurs de spécialité et l'encadrement du bloc opératoire. Ils sont relayés au conseil de bloc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires en effectifs et compétences sont identifiées et ajustées autant que faire se peut en fonction des besoins et de la charge de travail quotidienne, des risques identifiés pour les patients et pour les professionnels.

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

Les nouveaux arrivants sont tutorés y compris les médecins qui bénéficient d'une formation sur l'utilisation des outils du système d'information de l'établissement.

Les besoins en procédures utiles pour la sécurité des prises en charge sont identifiés et en cours d'actualisation sous format numérisé au dispositif de gestion documentaire de l'établissement sur le serveur intranet. L'actualisation en cours a pour objet l'harmonisation des pratiques professionnelles.

Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition sous format numérisé et sous format papier.

Les professionnels disposent sur le logiciel dossier patient de toutes les informations concernant le patient nécessaires à sa prise en charge (dossier du patient, dossier d'anesthésie, prescriptions, résultats d'examens, feuille de suivi préopératoire et post opératoire).

La planification des interventions se fait à l'aide d'un outil de planification régulée par la cellule de régulation et partagé au niveau des professionnels autant que de besoin.

La validation du programme est effectuée toutes les semaines par le comité de bloc opératoire associant les professionnels concernés avant d'être mis à disposition dans une version numérisée à tous les secteurs opératoires. Le programme opératoire est régulé au quotidien par le cadre de santé du bloc.

Le programme opératoire est accessible aux professionnels dans l'établissement et dans leur cabinet de ville, lisible et actualisé au fil de l'eau à travers l'outil de référence OPTIM.

Les prescriptions médicamenteuses se font sur le logiciel du dossier patient à disposition de tous les professionnels et à toutes les étapes de sa prise en charge.

La permanence des soins est assurée au bloc opératoire et en SSPI 24h/24h. Les tableaux d'astreintes sont en place sur un dossier dématérialisé commun partagé. Une infirmière de garde sur place et 3 infirmières d'astreintes assurent la continuité des soins. Une organisation est disponible et en place pour assurer la coordination entre les différents secteurs et les différents professionnels sur la prise en charge péri- opératoire avec des circuits opérationnels et efficaces informatisés entre le bloc et les services cliniques dont les secteurs d'hospitalisation courte, et l'USC avec un circuit de transport sécurisé du patient dans des conditions de respect, d'intimité et de confidentialité .

Entre le bloc et la pharmacie le circuit des DMI est efficace avec un fichier de suivi du matériel partagé.

Les professionnels ont accès aux ressources matérielles, informatiques, dispositifs médicaux et matériel biomédical. Celles-ci sont adaptées aux différentes prises en charge et spécificités des blocs opératoires.

La configuration des locaux de bloc opératoire et de la SSPI (nombre, surface et localisation des salles d'opération dédiées à certains secteurs, salles d'induction de préanesthésie) et des annexes (vestiaires, salles de préparation des équipes, locaux de décontamination, locaux de stockage) prend en compte les besoins, les risques et la réglementation.

Les mesures pour assurer l'hygiène des locaux, la gestion de la qualité de l'air, des gaz médicaux et de l'eau sont organisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient dans les blocs opératoires se fait selon des procédures établies.
La programmation et l'ouverture du dossier administratif et médical se font à partir de la cellule de régulation avec un accompagnement par une infirmière d'accueil dédié à cette tâche. Le partage d'informations de la planification opératoire se fait en temps réel à disposition des professionnels dans l'établissement et en dehors de l'établissement pour tous les praticiens libéraux.
L'accueil administratif est organisé, quel que soit le mode d'admission (hospitalisation complète avec visite du chirurgien et de l'anesthésiste la veille de l'intervention, hospitalisation de jour et short track)
La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies .
Le brancardage vers le bloc opératoire est réalisé dans des conditions adéquates par un brancardier dédié au bloc opératoire ayant une formation spécifique sur l'accompagnement oral des patients.
L'identité du patient, le type de procédure et le côté à opérer sont vérifiés lors de l'entrée au bloc, en concordance avec les informations données par le patient et celles issues du dossier patient.
Le dossier comprend les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge (dossier chirurgical, dossier d'anesthésie, fiche de liaison secteur/bloc/secteur).
L'ouverture de chaque salle opératoire répond à la réglementation. La préparation du matériel est effective sur des chariots préparés à J-1 par salle d'interventions et par intervention avec une alerte en cas d'absence de matériel.
La check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est mise en œuvre sur le système d'information du bloc opératoire et tracée dans le dossier informatisé du patient.

La prise en charge chirurgicale peropératoire (heure d'entrée en salle, heure d'incision, type d'installation, identification des intervenants, dispositifs médicaux implantés et actes réalisés, temps opératoires est tracée puis enregistré sur le logiciel de gestion pour alimenter le tableau de bord d'activité.
Le traitement post opératoire médicamenteux est enregistré directement dans le dossier informatisé du patient.
Les dispositifs médicaux implantés et les actes réalisés sont tracés dans le dossier.
La douleur est évaluée à l'aide d'une échelle, traitée puis réévaluée à intervalles réguliers ; les évaluations et les traitements antalgiques sont tracés dans le dossier
Les mesures de prévention du risque professionnel dans le champ de la radioprotection sont mises en œuvre, en cas d'actes avec radioscopie (port de dosimètres, port de tabliers de protection). La signalisation de la salle est en cours.
La coordination des différents circuits et des différentes interfaces est efficace et opérationnelle à travers des outils informatiques maîtrisés par les professionnels de l'établissement (secteurs d'hospitalisation clinique, unité de chargée ambulatoire, SSPI, stérilisation, pharmacie) et avec les prestataires externes (secrétariat des cabinets médicaux, imagerie médicale, laboratoires de biologie, laboratoire anatomopathologie, différents fournisseurs).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus est évalué à travers des audits, le suivi des indicateurs, l'analyse des événements indésirables, l'évaluation des pratiques et des enquêtes d'opinion et de satisfaction des patients.
La gestion des risques a priori est réalisée via la cartographie des risques et actualisée à partir des résultats des actions correctrices mises en place.
Des quizz sur la qualité et la gestion des risques et des audits de dossier patient sont réalisés régulièrement
Le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire sont appréciés et évalués régulièrement lors des conseils de bloc.
L'efficacité des actions permet d'identifier :

- les points critiques nécessitant une surveillance particulière,
- les dysfonctionnements répétitifs,
- les mesures complémentaires à prendre pour la révision des programmes d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces informations sont l'objet d'analyse par les professionnels au cours de RMM et de CREX et de la mise en place d'actions d'amélioration.
La clinique RHENA recueille des indicateurs quantitatifs et qualitatifs inspirés des recommandations de l'ANAP, ce qui lui permet un suivi de l'activité, d'ajuster et d'optimiser les programmes des blocs opératoires et la disponibilité des ressources.
Le suivi de ses évaluations est assuré par les pilotes du processus prise en charge au bloc opératoire et le conseil de bloc auquel participe le directeur général adjoint chargé de la qualité.

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

Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du bloc et celui des secteurs de chirurgie ambulatoire et short track sont réajustés en fonction des résultats des évaluations, du suivi des indicateurs et de l'analyse des événements indésirables.

Des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière coordonnée en fonction des ressources disponibles en lien avec les professionnels de bloc opératoire, de la SSPI et des secteurs d'hospitalisation courte et short track.

Les chartes des blocs opératoires et de la SSPI sont revues en fonction des évolutions d'activité, des modifications d'organisation, des résultats des indicateurs et du suivi des plans d'action. Elles sont validées par le conseil de bloc. Les risques significatifs non totalement éliminés sur la prise en charge du patient dans les secteurs opératoires en SSPI déterminent les mesures complémentaires de traitement ou de réduction des risques et sont intégrés et articulés avec le programme d'actions institutionnel.

Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, au niveau des professionnels du secteur et aux instances de l'établissement. Les usagers sont informés des résultats et des actions menées par voie d'affiches et à travers les comptes rendus de réunions de la CDU.

Le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins du bloc et celui des secteurs de chirurgie ambulatoire sont réajustés au moins une fois par an en fonction des résultats obtenus sur les actions planifiées.

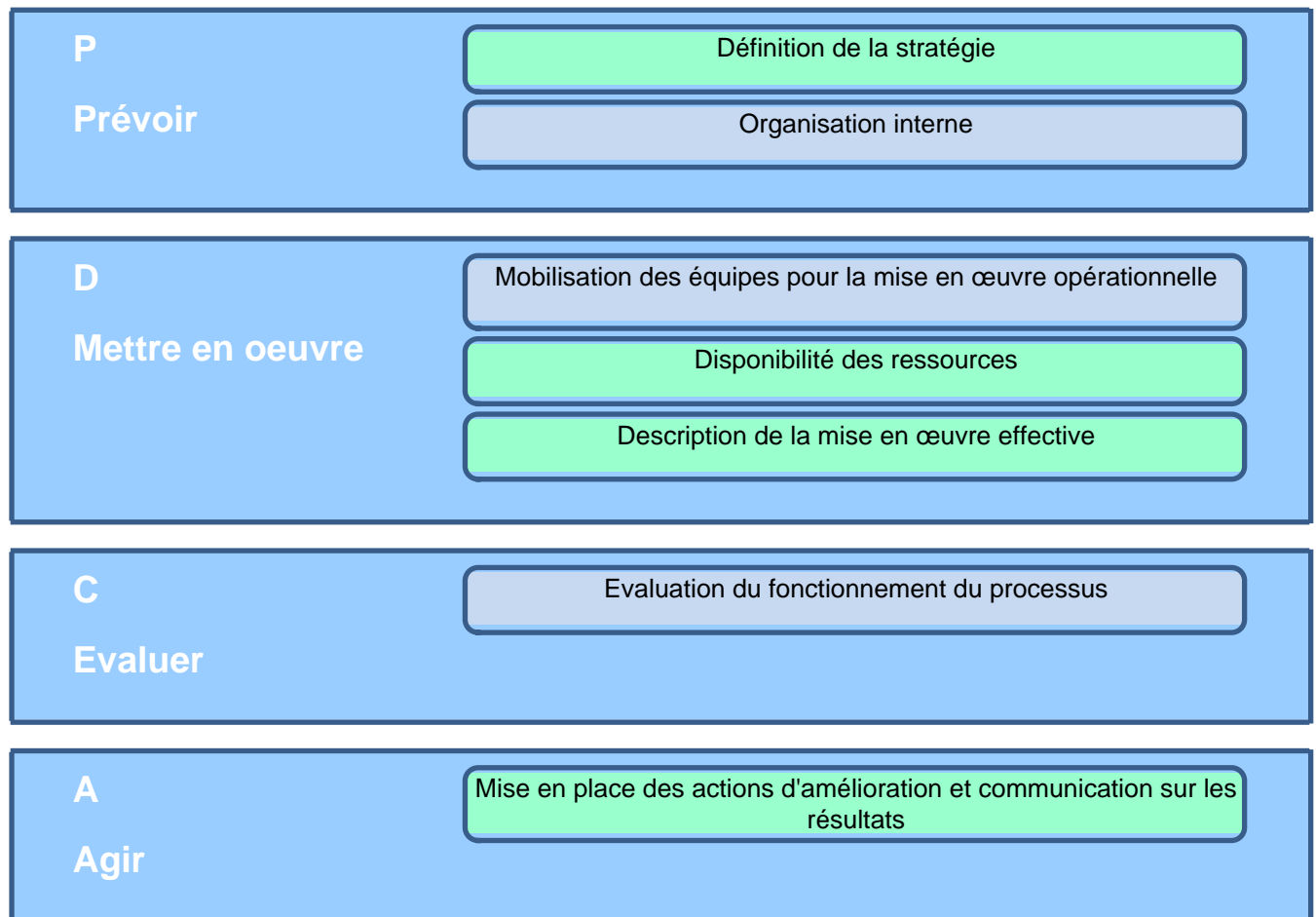
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

La clinique RHENA de Strasbourg dispose d'une politique de management de la qualité et de la sécurité pour le secteur d'endoscopie, ce dernier comprend un secteur d'endoscopie individualisé dans lequel sont réalisées des endoscopies digestives et bronchiques.

La politique de management de la qualité et de la sécurité pour le secteur d'endoscopie s'appuie sur les orientations stratégiques de l'établissement, comprenant le développement de la chirurgie ambulatoire validées par les instances de l'établissement et formalisées dans le CPOM.

C'est une stratégie qui s'accompagne de moyens dans un projet associant une approche architecturale et circulatoire (Short-track) visant à simplifier et personnaliser le parcours de prise en charge.

Une analyse des risques a été réalisée et a permis d'identifier les risques prioritaires en collaboration étroite avec les équipes de terrain dans les circuits de prise en charge (Short-track, hospitalisation) et sur l'analyse des événements indésirables recueillis ainsi que les résultats des audits et EPP réalisés régulièrement.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie et appropriée. Ils permettent de définir des actions d'amélioration pour la prise en charge des patients en endoscopie ciblées sur la qualité de la prise en charge (Rajout, report, annulation des interventions, appel à J+1, gestion du flux de la zone de SPPI).

Cette politique est déclinée en un programme d'amélioration global de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie, articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) de l'établissement et présenté aux instances de l'établissement. Le programme d'amélioration présenté comporte des actions avec des responsables, des échéances et modalités de suivi des actions.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus de l'endoscopie digestive et mettre en œuvre la politique de management de la qualité et de la sécurité en endoscopie à l'échelle de l'établissement. Elle repose sur un médecin pilote et représentant les gastroentérologues et sur le cadre du pôle Short-track.

Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et font l'objet de fiches de mission validées par la direction.

Toutes les endoscopies digestives sont réalisées dans un secteur individualisé dédié comprenant 17 box permettant une prise en charge de type Short track. L'architecture du plateau comprend quatre salles d'endoscopie dont une dédiée à l'endoscopie interventionnelle, avec du personnel dédié et formé à l'endoscopie et ce mode de prise en charge.

L'activité d'endoscopie est décrite dans une « charte de fonctionnement » diffusée et connue des professionnels. Celle-ci précise les principes de fonctionnement de l'activité d'endoscopie :

- Le principe du Short-track
- La planification et la régulation des activités d'endoscopie
- Les équipements nécessaires à l'espace patient, à chaque salle d'endoscopie et à l'espace technique de lavage et stockage.
- Les interfaces et circuits (patients, professionnels, approvisionnements, prélèvements anatomo-cytopathologiques et examens complémentaires, déchets)
- Les modalités de nettoyage et désinfection des endoscopes
- L'organisation des professionnels médicaux (anesthésistes, endoscopistes) et paramédicaux (infirmière référente IDE, aide-soignante) ;

L'organisation du service d'endoscopie est articulée par le comité d'endoscopie autour de la programmation des examens prévus par les praticiens libéraux, prenant également les examens non programmés provenant des unités de soins ou du service des urgences.

La décontamination des endoscopes est prise en compte par un personnel dédié et spécifiquement formé à cette activité sous la responsabilité de la responsable du pôle, pilote du processus.

Le stockage des endoscopes est organisé. Les procédures de mise à disposition et de désinfection avant utilisation sont adaptées au mode de stockage (ESET et armoire à rangement vertical).

Les documents (procédure, mode opératoire, check-list...) sont diffusés via la gestion documentaire disponible pour tous les professionnels. Les professionnels participent à l'élaboration des documents et savent où trouver les documents qui leur sont utiles. Ils sont mis à jour à périodicité définie et autant que de besoin.

La gestion des interfaces est organisée notamment celles avec

- les médecins prescripteurs sur les modalités de l'information du patient, du recueil du consentement, et l'identification du risque ATNC
- le bloc opératoire et la salle de surveillance post-interventionnelle y compris pour la prise en charge chirurgicale en cas d'anesthésie générale ou de complication dans le secteur d'imagerie
- les laboratoires d'anatomo-cyto-pathologie.

La gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des déchets est organisée et contrôlée.

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative des endoscopes et autres équipements (laveur désinfecteur d'endoscope) est organisé en s'appuyant sur un prestataire.
Le remplacement des endoscopes est prévu en fonction de leur vétusté, de l'activité et des évolutions technologiques dans un plan de financement institutionnel.
Les besoins en système d'information au niveau du secteur d'endoscopie sont identifiés et intégrés au système d'information hospitalier (circuit et dossier patient, gestion du matériel).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement du secteur où sont réalisées les endoscopies s'est approprié les enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins en endoscopie en lien avec les orientations de l'établissement.

Il communique dans une approche managériale participative très appréciée de tous les professionnels sur le suivi des plans d'action et l'atteinte des objectifs propres à son secteur avec entre autres :

- Information sur les risques prioritaires et les thématiques institutionnelles en réunions d'unité (3 à 4/an),
- Minute de l'équipe : mise en place d'actions correctives inhérentes aux risques prioritaires, aux restitutions de formation, aux EI survenus ; information sur résultats d'évaluation, d'indicateurs
- Incitation à la rédaction d'un signalement d'EI, y compris lorsqu'ils en sont à l'origine.
- Participation à l'évaluation hebdomadaire de dossiers et aux RMM.

Chaque professionnel d'au moins un an d'ancienneté dans l'unité est responsabilisé en assurant une mission spécifique (gestion documentaire, encadrement des étudiants, matériel, médicaments, identitévigilance, ateliers...) et rend des comptes à la responsable de pôle.

Des évaluations sont réalisées pour s'assurer de la conformité des pratiques aux dispositions prévues dans le respect des procédures et des protocoles telle que :

- l'identification et la traçabilité de l'endoscope et du matériel d'endoscopie
- Le nettoyage et la désinfection des endoscopes (réalisation, traçabilité)
- L'information du patient
- L'identification des prélèvements
- L'utilisation des check-lists « sécurité du patient en endoscopie digestive »

Des actions correctives sont menées au regard des résultats non conformes, des dysfonctionnements ou de baisse d'indicateurs du tableau de bord.

Un courriel hebdomadaire de consignes ou d'informations propres à l'unité est adressé à tous les professionnels du secteur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La clinique RHENA dispose des ressources humaines suffisantes en effectifs et compétences pour assurer le bon fonctionnement du processus de prise en charge en endoscopie. Une permanence des soins est assurée 24h/24h avec du matériel dédié et une analyse rétrospective de chaque urgence.

Des actions de formation, intégrées dans le plan de formation global de l'établissement, sont réalisées et la participation des professionnels en charge de l'endoscopie est effective. Un tutorat avec évaluation régulière est organisé pour chaque nouvel arrivant.

Les ressources nécessaires en matériels, effectifs et compétences en fonction des besoins et des risques permettent notamment d'assurer avec sécurité :

- La prise en charge des patients pour la réalisation de l'acte d'endoscopie en programmé et en non programmé, y compris la prise en charge des complications éventuelles de l'endoscopie.
- Le nettoyage et la désinfection des endoscopes et la traçabilité de ces opérations pendant les heures d'ouverture du secteur d'endoscopie.

Les risques professionnels sont identifiés et le matériel de protection des professionnels est disponible.

Le renouvellement des endoscopes en fonction du nombre d'actes réalisés et de leur ancienneté est effectif et la maintenance des équipements et matériels d'endoscopies est assurée à périodicité définie.

Le secteur d'endoscopie dispose des procédures actualisées. Elles sont issues de documents de référence validés, actualisés à partir notamment des recommandations des sociétés savantes. Les professionnels concernés participent à leur élaboration et les documents sont mis à leur disposition dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. Le programme d'endoscopie est accessible aux professionnels et comporte les éléments nécessaires à la sécurité du patient. Des documents d'information sont mis à disposition des patients.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les compétences et effectifs du personnel médical et paramédical présents au niveau du secteur d'endoscopie sont adéquats et concordants avec le planning d'examen défini et ajusté à la demande.

La gestion des interfaces et l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient sont efficaces dans l'unité d'endoscopie avec :

- Les praticiens endoscopistes

- La salle de surveillance post-interventionnelle dédiée
- la salle de surveillance post-interventionnelle du bloc général pour la prise en charge chirurgicale en cas de complication.
- l'EOH et le CLIN pour la prévention du risque infectieux à travers
 - o Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes qui sont réalisés selon les règles définies et tracées.
 - o Les contrôles microbiologiques réguliers des endoscopes (ESET et armoire de stockage) réalisés et tracés
 - o Le nettoyage des différentes salles du secteur
 - o Le tri des déchets (DASRI, DAOM)
- Les laboratoires d'anatomo-cytopathologie .

Les opérations de nettoyage et de désinfection des endoscopes sont mises en œuvre et tracées en conformité avec les procédures en place validées par le CLIN. Des contrôles microbiologiques sont effectués et tracés en cohérence avec les recommandations du CLIN.

Les mesures de prévention du risque professionnel sont mises en œuvre, notamment :

- protection vis-à-vis du risque chimique lors de la désinfection des endoscopes.
- ventilation et qualité de l'air en salle de nettoyage

Le patient est informé tout au long de sa prise en charge. Son consentement éclairé est recueilli Son identité est vérifiée à chaque étape. Son intimité est respectée dans tous les lieux définis dans lesquels sont réalisées les endoscopies.

L'ensemble du programme d'endoscopies est régulé au quotidien par le responsable du pôle Short-track

La liste des personnels assurant la permanence des soins est établie, diffusée et connue de toutes les personnes.

Le compte rendu d'endoscopie mentionne l'identité du patient, la date de l'endoscopie, l'opérateur, l'indication, la préparation, les modalités d'anesthésie, les actes d'endoscopie réalisés, l'endoscope utilisé, les dispositifs médicaux implantés.

Le statut du patient vis-à-vis du risque ATNC est évalué.

Les check-lists « sécurité du patient en endoscopie digestive », « sécurité du patient en endoscopie bronchique » sont mises en œuvre et tracées dans le logiciel du dossier du patient

Les prélèvements anatomo-cyto-pathologiques réalisés sont correctement identifiés et tracés. Le retour est sécurisé au niveau du DIM.

Les professionnels participent aux procédures de signalement des EI (32 en 2018) , à leur déclaration et à leur analyse. Les événements indésirables graves font l'objet de RMM.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits et EPP sont réalisés en endoscopie. Le secteur d'endoscopie recueille des indicateurs spécifiques sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données quantitatives à partir d'un tableau de bord (traçabilité des actions, suivi quantitatif de l'activité, annulation, ajout, transfert) et sur la base d'évaluations des pratiques et d'audits réalisés (contrôles microbiologiques, désinfection des endoscopes, préparation colique).

Le responsable d'unité recueille et analyse les événements indésirables et organise le retour d'expérience.

La satisfaction patient est évaluée au travers des questionnaires de satisfaction par la CDU. Les représentants des usagers analysent les commentaires et en rendent compte à la CDU. Un suivi des actions correctives proposées est en place.

Les résultats d'évaluations sont exploités et communiqués aux professionnels concernés. Elles servent à identifier des actions correctives. (Ex : repositionnement du rôle IDE de la zone de SSPI, installation d'un WC supplémentaire, SMS à J+1, réorganisation en SSPI pour limiter le temps d'attente)

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont définies et intégrées au programme global qualité et gestion des risques de l'établissement. L'efficacité des actions mises en œuvre est mesurée par la diminution du niveau de risque et l'amélioration de la réponse aux besoins et une actualisation de la cartographie. Celle-ci permet d'identifier les points critiques nécessitant une surveillance particulière des dysfonctionnements répétitifs au secteur d'endoscopie.

Les résultats des indicateurs, de même que les résultats des évaluations et des actions conduites au niveau du secteur d'endoscopie sont communiqués régulièrement aux professionnels concernés lors de réunions d'unités, à la CME mais aussi par une messagerie hebdomadaire. Ils sont affichés en zone de

SSPI à disposition de tous les professionnels.

Les usagers sont informés par voie d'affiches ou par les comptes rendus des réunions de la CDU.

Le programme d'action est suivi au niveau du conseil de bloc et suivi régulier de la progression des indicateurs en endoscopie permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux définis dans les orientations stratégiques de l'établissement.

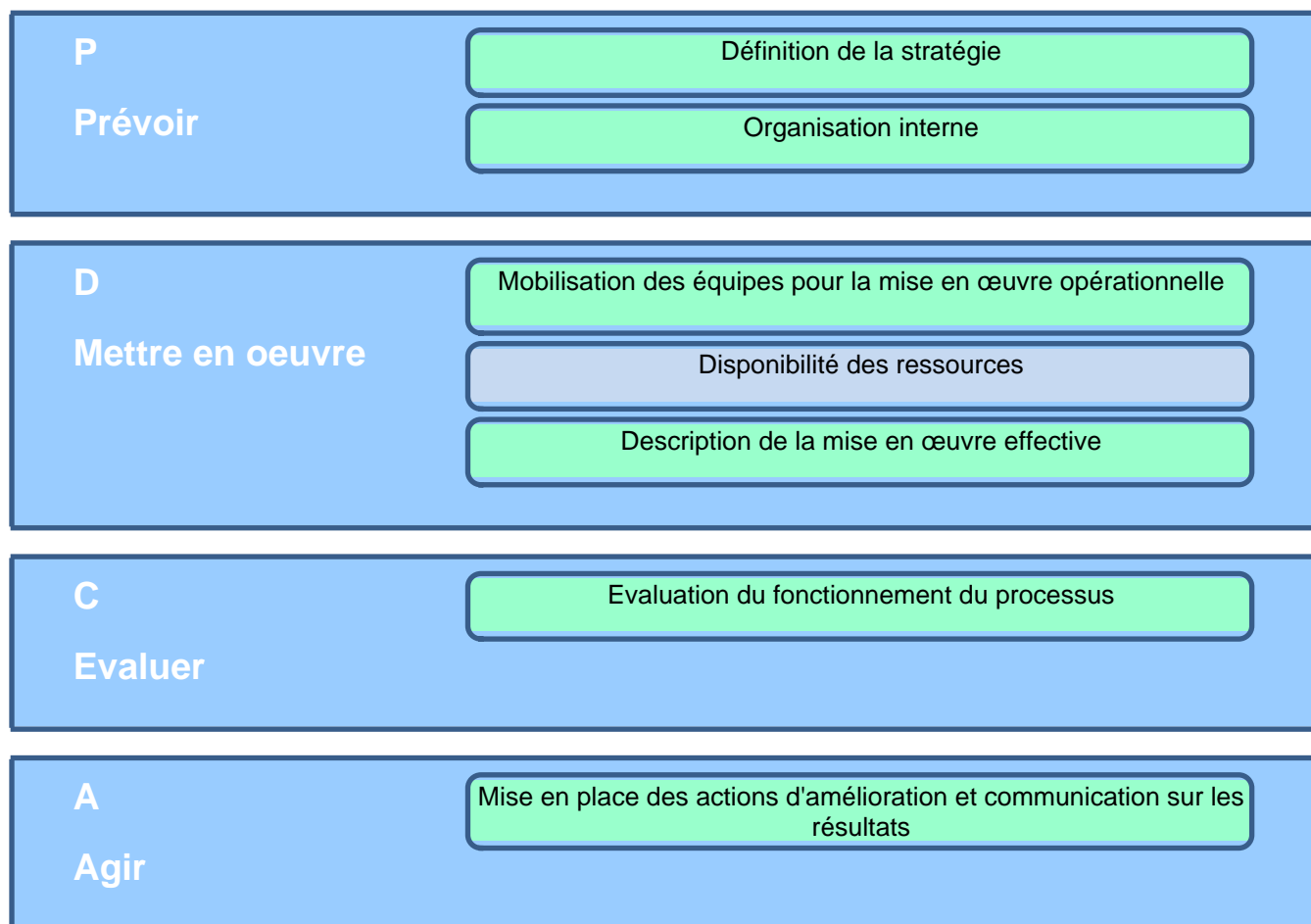
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur de naissance de la clinique Rhéna fait partie d'une maternité de niveau 1 qui fonctionne avec des conventions signées avec les maternités de niveau 2 et niveau 3 (CHU) du territoire de santé du Bas-Rhin. Il dispose d'une stratégie de prise en charge dans le secteur de naissance qui intègre la volonté de collaboration entre les médecins gynécologues obstétriciens de ville et la clinique Rhéna. Cette stratégie se structure autour de trois objectifs qui sont d'assurer la vigilance sur le risque hémorragique lors de la délivrance, d'être performant sur le diagnostic de l'altération du rythme cardiaque fœtal afin de diminuer le taux de césariennes en urgence (code rouge) et de maintenir le label Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB). Ces trois objectifs s'appuient sur les résultats d'analyse des risques qui ont permis d'identifier deux risques prioritaires à savoir le risque d'hémorragie lors de la délivrance et celui de l'altération du rythme cardiaque fœtal.

La stratégie du processus salle de naissance est déclinée en programme d'action d'amélioration de la qualité et sécurité, qui a été validé par la Direction Générale, la CME et la COSOINS et l'assureur de la clinique RHENA. Ce programme d'amélioration comprend des actions avec des responsables, échéances et des modalités de suivi des actions.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du fonctionnement des circuits de prise en charge du secteur salle de naissance intègre les liens de collaboration avec le bloc opératoire, l'établissement Français du sang (EFS) et le réseau périnatalité ALSASE - LORAIN. Cette organisation du processus prise en charge en salle de naissance est piloté par une sage-femme cadre de la maternité et copiloté par la directrice des soins hébergement et hôtellerie. Les missions et rôles du pilote et du copilote sont définies dans leurs fiches de mission respectives. Un médecin gynécologue obstétricien et nommé coordonnateur médical de ce processus.

Au regard des missions et des risques identifiés, la clinique RHENA de Strasbourg prévoit une organisation du secteur salle de naissance formalisant la répartition des tâches, les délégations et la responsabilité des contrôles entre les professionnels du secteur de naissance.

En termes des ressources humaines, la clinique RHENA de Strasbourg prévoit des compétences en médecins gynécologues-obstétriciens, anesthésistes, en sages-femmes, auxiliaires puéricultrices prescriptrices, aides puéricultrices, aide-soignant, psychologue, kinésithérapeute et assistante sociale. Le plan de formation présente des formations professionnelles sur la prise en charge dans le secteur de naissance.

La clinique RHENA respecte les exigences réglementaires en particulier, en termes de continuité des activités obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique et d'effectifs minimaux.

Le système d'astreinte médicale 24h/24 et 7j/7 est prévu pour assurer la continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique, selon la réglementation.

Le secteur de naissance prévoit des documents nécessaires à son bon fonctionnement. Ces différents documents sont intégrés dans le logiciel de gestion documentaire de la clinique.

La clinique RHENA prévoit pour son secteur naissance du matériel de mesure immédiate du taux d'hémoglobine, d'hématocrite ainsi que des tests de la coagulation et de la gazométrie, des lactates, de la glycémie, est en place. Les examens d'imagerie (échographie), y compris en urgence, sont organisés. L'obtention en urgence des produits sanguins labiles (PSL) est organisée via un dépôt de sang (autorisé et conventionné avec l'Établissement français du sang – EFS).

Elle prévoit également tous les matériels et dispositifs indispensables aux salles de travail et salles de naissance.

La maintenance préventive des matériels (chariots d'anesthésie et des chariots d'urgence vitale pour la mère et pour le nouveau-né) et des équipements du secteur de naissance est prévue et planifiée dans la GMAO.

En terme des locaux relatifs au secteur salle de naissance, la clinique RHENA prévoit 7 salles de naissances dont 1 salle « nature » pour les naissances physiologiques, une salle de césarienne d'urgence, une salle de soins bébé ; d'une salle de césarienne d'urgence la réalisation de toute intervention chirurgicale abdomino-pelvienne liée à la grossesse ou à l'accouchement nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale ; d'une pouponnière pour la rencontre des parents sur l'apprentissage des soins du nouveau-né ; d'une salle d'allaitement qui permet aux mamans d'avoir un endroit réservé à l'allaitement. Elle prévoit également un bloc opératoire à proximité du secteur de naissance.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de trois risques et besoins spécifiques identifiés sur la prise en charge en salle de

naissance, les pilotes et médecin coordonnateur de ce secteur mobilisent les professionnels de terrain dans la déclinaison des objectifs qualité et gestion des risques en plans d'action opérationnels.

Les représentants des usagers sont associés dans la démarche d'amélioration de la prise en charge des parturientes et nouveaux-nés.

Les pilotes et le médecin coordonnateur du processus prise en charge en secteur de naissance sensibilisent les professionnels sur la démarche qualité institutionnelle et sur la démarche de la gestion des risques identifiés dans les secteurs salle de naissance.

Les professionnels de terrain sont très mobilisés auprès des patients pour assurer une meilleure prise en charge garantissant la qualité, la sécurité et le confort des parturientes et des bébés. Des réunions de service et staff hebdomadaires sont réalisées pour mener des actions de mobilisation et sensibilisation des professionnels sur les objectifs qualité et gestion des risques.

Les professionnels du secteur de naissance et du bloc opératoire sont associés dans les évaluations réalisées pour s'assurer de la conformité des pratiques. Ils sont également associés dans la mise en œuvre des actions correctives par rapport aux dysfonctionnements, événements indésirables identifiés, résultats non satisfaisants ou par rapport à la baisse des résultats des indicateurs spécifiques à ce secteur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En termes de compétences allouées au secteur de naissance, la clinique RHENA de Strasbourg dispose sur le plan médical de 6 gynécologues-obstétriciens, 5 médecins anesthésistes-réanimateurs et 4 pédiatres ; Au niveau paramédical, elle dispose d'une équipe de 1 ETP cadre de santé sage-femme, de 17,4 ETP sages-femmes, 2 puéricultrices, 7,35 aide puéricultrices, 1 ETP aide soignante, un kinésithérapeute, un psychologue et une diététicienne.

Des formations professionnelles ont été réalisées, notamment celles sur la simulation en santé sur la prise en charge de la césarienne en urgence.

La participation des professionnels du secteur de naissance à ces formations est effective uniquement pour le personnel de la clinique avec un fort taux de participation. Les nouveaux arrivants sont intégrés aux formations par le tutorat ou l'accompagnement lors de leur prise de poste.

Le dispositif de gestion documentaire de la clinique comporte une documentation spécifique au secteur « salle de naissance », notamment les documents suivants le logigramme de prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, Fille ou garçon, préparer votre venue au monde, Charte maternité, naître à RHENA, Allaiter santé, Guide allaitement maternel. Les conduites à tenir spécifiques identifiées en prénatal pour la prise en charge de l'accouchement du nouveau-né et des suites de naissance y sont également intégrées.

La Secteur de naissance de la clinique RHENA dispose de tous les matériels et dispositifs nécessaires à usage exclusif de la salle de travail et de la salle de naissance (chariots d'anesthésie, des chariots d'urgence vitale pour la mère et pour le nouveau-né, chariot de prise en charge de l'hémorragie de la délivrance, équipement de télémétrie de salles de naissance, équipement de réanimation pour bébés, PH-mètre, sonde de Bakri). La maintenance des matériels et équipements réalisée et tracée dans la GMAO.

En terme des locaux relatifs au secteur salle de naissance et maternité, la clinique RHENA dispose de 7 salles de naissances dont 1 salle « nature » pour les naissances physiologiques, une salle de césarienne d'urgence, une salle de soins bébé ; d'une salle de césarienne d'urgence la réalisation de toute intervention chirurgicale abdomino-pelvienne liée à la grossesse ou à l'accouchement nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale ; d'une pouponnière pour la rencontre des parents sur l'apprentissage des soins du nouveau-né ; d'une salle d'allaitement qui permet aux mamans d'avoir un endroit réservé à l'allaitement.

Une salle de bloc opératoire, située à proximité immédiate des salles de naissance et les équipes sur place sont en capacité d'intervenir pour les césariennes programmées ou non programmées.

L'ensemble des locaux mis à disposition de ce secteur sont conformes à la réglementation et leur maintenance est assurée à périodicité définie

L'interface de la salle de naissance avec le bloc opératoire est organisée, en particulier le circuit des parturientes en cas de césarienne en urgence ou césarienne. La surveillance post-interventionnelle respective de la mère et du nouveau-né est organisée avec respect de la réhabilitation précoce, en l'absence de contre-indications, pour le maintien du lien mère-enfant et l'identification du professionnel validant la sortie de la SSPI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le circuit d'orientation, en amont de l'accouchement et vers les salles de naissance offrant le niveau de soins requis pour la mère et le nouveau-né est connu et mis en œuvre. La régulation des activités du secteur de naissance est assurée à travers les accouchements programmés et non programmés.

Les bonnes pratiques de prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat sont connues et mises en œuvre.

Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux, élaborés par l'équipe opérationnelle d'hygiène et validés par le comité de lutte contre les infections nosocomiales, sont disponibles et appliqués par les professionnels. Le nettoyage et l'entretien des points d'eau et des baignoires, ainsi que l'hygiène du matériel réutilisable (ballons, lianes, coussins) sont assurés.

Les protocoles d'antibioprophylaxie applicables respectivement avant chirurgie, en cas de comorbidité

maternelle à haut risque (cardiopathies) et en prévention per-partum de l'infection à streptocoque B (chez les femmes dépistées positives) sont disponibles et respectés. L'organisation des circuits de prise en charge en cas d'infection suspectée ou avérée est formalisée.

La surveillance de la couverture vaccinale des professionnels, les mesures de prévention des AES, l'accès des professionnels au kit de prise en charge d'un AES et la déclaration des AES sont mis en oeuvre.

La maternité participe à un réseau de surveillance des infections en lien avec le laboratoire de microbiologie et la pharmacie.

La mise en oeuvre de la check-list sur la sécurité chirurgicale du bloc obstétrical est effective en cas de césarienne. La traçabilité de cette check-list est informatisée dans le dossier patient.

La promotion du travail en équipe est effective via les exercices de simulation réalisés sur les situations d'urgence pour une meilleure appropriation des protocoles et la réduction des risques.

En cas de césarienne, les circuits et modalités de prise en charge sont connus et mis en oeuvre par l'équipe médicale et l'équipe paramédicale rencontrées lors de la visite du secteur de naissance.

Les interventions décidées à l'urgence césarienne sont réalisées par une équipe médicale et paramédicale entraînée. L'anesthésiste en accord avec le gynécologue-obstétricien pratique une anesthésie adaptée : générale, rachianesthésie ou péridurale en fonction du cas. La surveillance et le suivi post-intervention césarienne sont effectifs.

Le signalement des événements indésirables relatifs au secteur salle de naissance est effectif et les événements exceptionnels, particuliers ou graves font l'objet d'un signalement conformément à la réglementation. Une RMM est également mise en oeuvre.

La traçabilité des actes de soins et des contrôles réalisés dans la salle de césarienne en urgence, les salles de naissances et dans les deux salles réa bébés est assurée sur l'ensemble des documents investigués.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique RHENA de Strasbourg a réalisé une évaluation continue du partogramme, 4 EPP dont une sur la pertinence du déclenchement du code rouge dans les césariennes, des audits dont l'audit patient traceur maternité et l'audit de la table de réa bébé. Elle suit l'indicateur IQSS "dossier maternité". La prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) sont évaluées à l'aide des indicateurs nationaux suivants : « délivrance » qui mesure la trace du mode de délivrance, la prophylaxie par ocytocine - heure d'injection, dose, voie d'administration, l'estimation du volume des pertes sanguines - et de l'examen du placenta ; la « surveillance minimale en salle de naissance » qui comprend la trace du pouls, de la tension artérielle, de la qualité du globe utérin, de l'évaluation quantitative et qualitative des pertes sanguines et de l'examen médical autorisant la sortie de la salle de naissance.

La clinique RHENA réalise également des exercices de simulation de la prise en charge de l'urgence césarienne et mène une enquête annuelle de satisfaction de la parturiente.

A / AGIR

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

Des actions issues des résultats des audits, EPP, d'analyse des risques, enquêtes de satisfaction, RMM et du suivi des indicateurs IQSS du processus organisation de la salle de naissance sont mises en oeuvre.

Les résultats des évaluations réalisées et les actions conduites sont diffusés aux professionnels des secteurs salle de naissance et maternité lors des réunions de service.

Les usagers sont informés de ces résultats par voie d'affiches et par les comptes rendus de la CDU.

Le plan d'action établi est suivi annuellement par le service qualité et gestion des risques.