



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



# **RAPPORT DE CERTIFICATION POLE SANTÉ ORELIANCE**

**559 avenue jacqueline auriol  
45770 SARAN**

**NOVEMBRE 2016**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	18
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	41
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	54
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 objectivé dans une grille de maturité établie par la HAS.

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

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

## 2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

**2.2 Les résultats de l'établissement :**

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

## PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE DE LA REINE BLANCHE	
Adresse	559 avenue jacqueline auriol 45770 SARAN
Département / région	LOIRET / CENTRE
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	450018296	SAS CENTRE DE DIALYSE DE LA REINE BLANCHE	751 avenue jacqueline auriol 45770 SARAN
Entité juridique	450000591	SOCIETE ANONYME CLINIQUE MEDICALE LA REINE BLANCHE	559 avenue jacqueline auriol Bp 2023 45770 SARAN
Entité juridique	450000195	POLYCLINIQUE DES LONGUES ALLEES	553 avenue jacqueline auriol B.p. 70069 45770 SARAN
Etablissement de santé	450000294	CLINIQUE DE LA REINE BLANCHE	559 avenue jacqueline auriol 45770 SARAN
Etablissement de santé	450010079	POLYCLINIQUE DES LONGUES ALLEES	553 avenue jacqueline auriol B.p. 70069 45770 SARAN
Etablissement de santé	450018312	CENTRE D'HEMODIALYSE DE LA REINE BLANCHE	751 avenue jacqueline auriol 45770 SARAN

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	152	/	46	/

MCO	Gyneco-Obstétrique	36	/	/	/
MCO	Médecine	154	36	/	7151
SSR	SSR	26	24	/	/

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

Certification HQEBT et Label HPE pour l'établissement par CERTIVEA le 3 avril 2014

**Réorganisation de l'offre de soins**

Coopération avec d'autres établissements	<p>Convention entre le Centre Hospitalier Régionale d'Orléans</p> <p>Convention de coopération inter hospitalière avec le CH de Chartres, CH Châteauroux, CH Montargis, CHRO</p> <p>Convention de partenariat avec Oncoloiret</p> <p>Convention entre le Centre Hospitalier Régionale d'Orléans</p> <p>Convention passée à travers le Réseau Périnatal de la région Centre</p> <p>Convention avec l'UPSP Daumezon</p> <p>Convention entre le Centre Hospitalier Régionale d'Orléans</p> <p>Convention avec SCM Imagerie Nucléaire Orléanais Val de Loire</p> <p>Convention de coopération avec le Centre de Réadaptation Fonctionnelle et d'appareillage Le Coteau</p> <p>Convention avec Etablissement Français du Sang</p> <p>Convention de coopération entre le centre d'Hémodialyse de la RB avec ATIRRO : Association pour le traitement des insuffisants rénaux de la région Orléanaise</p> <p>Convention entre le centre d'Hémodialyse de la RB et le CHRO</p> <p>Convention avec CHRO</p> <p>Convention de coopération avec le CHRU de Tours</p> <p>Convention avec l'Hôpital Privé Jacques Cartier</p> <p>Convention de coopération inter établissement CHRU Tours</p> <p>Convention de transfert avec la Cigogne – coopération en réseau</p> <p>Convention avec l'établissement les Buissonnets</p> <p>Convention de coopération Inter établissements Hôpital européen de Paris La Roseraie</p> <p>Convention avec le SOC : Scanner Orléans Centre</p> <p>Convention d'adossment réciproque entre le centre de radiothérapie COROM et CSJ de Bourges</p> <p>Convention d'adossment réciproque entre le centre de radiothérapie COROM et SRO de Montargis</p> <p>Convention CHRO</p> <p>Convention de partenariat avec JALMAV Orléans</p> <p>Convention de partenariat avec Pôle Ambulancier Orléanais / Europe Ambulance / CHRO</p> <p>Convention de partenariat HAD Val de France</p> <p>Convention EADSP CHRO</p>
Regroupement / Fusion	<p>Regroupent sous la marque Pôle Santé ORELIANCE de la clinique de la Reine Blanche, de la Polyclinique des Longues Allées, de la dialyse de la Reine Blanche, de COROM (radiothérapie) et des activités de la clinique de la Présentation et de la Polyclinique des Murlins (en mai 2014)</p>
Arrêt et fermeture d'activité	<p>-Autorisation à la SA clinique de la Reine Blanche d'activités de soins de médecine hospitalisation complète et à temps partiel, de soins de suite spécialités en hospitalisation complète et à temps partiel, activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire en cardiologie, en activités de médecine d'urgence à orientation spécialisée cardiologie, scanographie multibarettes</p> <p>- Autorisation à la SAS polyclinique des longues allées d'activités de soins de chirurgie en hospitalisation et sous forme d'alternative à l'hospitalisation, de gynéco- obstétrique et de néonatalogie, de médecine d'urgence à orientation spécialisée de la main</p> <p>- Autorisation à la SARL centre de dialyse de la Reine blanche d'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse</p>

péritonéale à domicile et par hémodialyse en centre pour adultes, pour enfants et en unités médicalisés

Création d'activités nouvelles ou reconversions	-Arrêté du 27 mars 2008 : création structure de médecine d'urgence -Octobre 2013 Chirurgie oncologique pour ORL -Janvier 2014 Chimiothérapie + médecine oncologique -Mai 2014 (Autorisation) IRM (reine blanche) mise en oeuvre janvier 2015
---	---

# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## **1. Décision de certification**

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

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

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

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

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

## **4. Suivi de la décision**

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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 imagerie interventionnelle
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 ou personne âgée	Médecine en hospitalisation complète	Cathétérismes diagnostiques vasculaires et corona	Urgence	/	MCO
2	personne âgée	Médecine ambulatoire	Kc du sein	Programmé	/	MCO
3	personne âgée	Chirurgie en hospitalisation complète	Perforation colique	En urgence	/	MCO
4	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Prostate	Programmé	/	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Femme	Gynécologie-obstétrique	Césarienne	En urgence ou programmé (si pas d'urgence)	/	MCO
6	Adulte ou personne âgée	SSR en hospitalisation complète	Réadaptation nutritionnelle	Programmé	/	SSR
7	Adulte ou personne âgée	SSR ambulatoire	Réadaptation cardiaque	Programmé	/	SSR

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

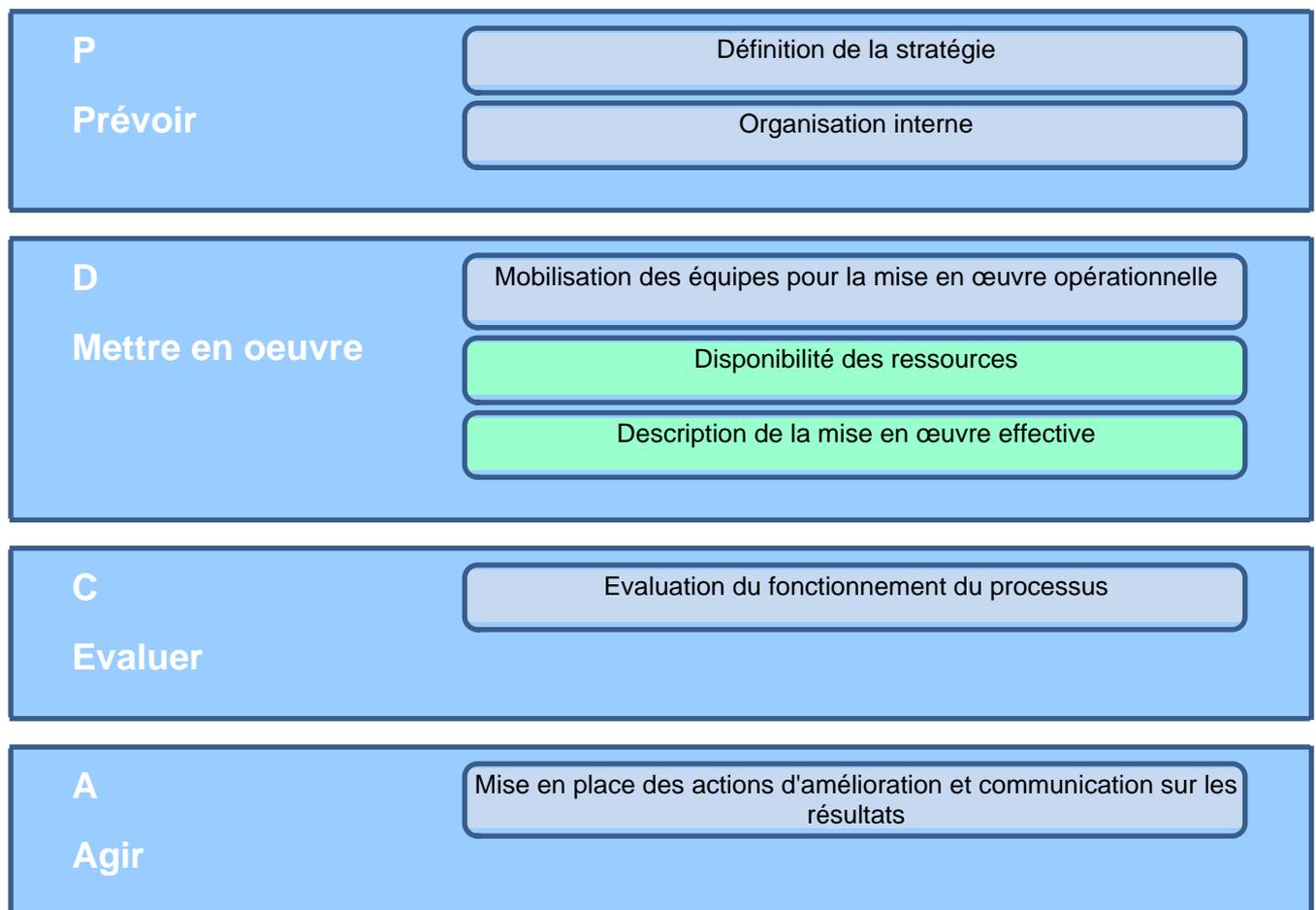
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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**

Une politique Qualité Gestion des Risques 2014-2018 est définie et validée par le CODIR en lien avec le bureau de la CME et la cellule qualité. Elle a fait l'objet d'un avis de la CRUQPC qui y a contribué par le biais de son bilan annuel.

Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des besoins, des missions et des risques propres à l'établissement. 4 axes stratégiques sont priorisés :

- développer la culture qualité et gestion des risques
- sécuriser la prise en charge médicamenteuse
- améliorer et personnaliser la prise en charge du patient
- améliorer l'efficacité du système d'information

Les axes stratégiques intègrent le développement de la culture qualité, la sécurisation des parcours de soins, la promotion des droits du patient, l'implication des usagers, la stratégie des EPP, les obligations légales et réglementaires, la gestion de crise et le renforcement de la maîtrise des risques.

L'identification des besoins prend en compte les différentes données issues des orientations stratégiques, du CPOM, du CBUM, du contexte relatif au regroupement sur un même site de 6 établissements avec des acteurs venants d'horizons culturels différents. Une démarche d'analyse des risques propres à l'établissement a été conduite : Cartographie des risques a priori des différents processus permettant d'identifier les risques potentiels, de les hiérarchiser et de déterminer les modalités de traitement ; analyse a posteriori à partir de l'analyse des EI, des plaintes et réclamations, des EPP, des RMM, des CREX, de la prise en compte de l'expression des patients ou de l'enquête Isatis à laquelle l'établissement contribue. Cependant, l'analyse des besoins et des risques ne prend pas en compte le dispositif d'accréditation des médecins.

La démarche, collective et coordonnée, se décline dans un programme d'actions (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions) mensuellement actualisé, modifié ou complété lors des réunions du CODIR en fonction des résultats obtenus. L'implication de l'ensemble de l'encadrement est recherchée activement pour la déclinaison de ce programme d'actions en plans d'amélioration continue par secteur d'activité.

Les actions jugées prioritaires ont été intégrées dans le compte qualité de l'établissement ainsi que dans le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) sur lequel repose la politique qualité gestion des risques.

Cette politique est diffusée à l'ensemble du personnel, des médecins, des différentes instances y compris la CRUQPC lors de réunions, par le journal interne "FLASH INFO" et est à disposition des professionnels dans la GED sur le site intranet de la clinique.

**ORGANISATION INTERNE**

Un organigramme de l'organisation de la démarche qualité et gestion des risques est intégré au document politique qualité gestion des risques.

Le pilotage est confié au comité de pilotage de la qualité et de la gestion des risques (COPILQGDR). Il est l'interface qui permet l'articulation entre les différentes commissions, le comité de Direction et la CME. Ses missions sont définies ainsi que les liens mis en place avec les différents acteurs pour décliner la démarche au plus près du terrain.

La cellule qualité composée de 3 responsables qualité et d'une assistante, assure avec le COPILQGDR le pilotage opérationnel de la démarche. Elle a en charge l'appui méthodologique aux pilotes des processus et la responsabilité d'appliquer la politique qualité gestion des risques au niveau des différents secteurs d'activité en lien avec les responsables de service et des différentes instances (CLIN, CLUD, CLAN, CRUQPC, COMEDIMS).

Les rôles, missions et responsabilités des membres de la cellule qualité, des vigilants, du coordonnateur de la gestion des risques, du responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, sont formalisés et retrouvés dans des fiches de mission, de poste ou de règlement intérieur d'instance.

Les liens fonctionnels entre la structure de pilotage, la fonction gestion des risques associés aux soins, le comité des vigilances sont établis au sein de la procédure « gestion des risques et coordination des vigilances gestion des alertes » et au sein des procédures qui lui sont rattachées (hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, organisation de la sécurité sanitaire, organisation de la lutte contre les infections nosocomiales, gestion des dysfonctionnements, gestion des risques au bloc, prévention des risques professionnels, biovigilance, identitovigilance, gestion de la crise).

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du processus qualité gestion des risques (effectifs et compétences). Les trois responsables qualité sont titulaires d'un DESS qualité ; le coordonnateur de la gestion des risques et la personne responsable du management de la qualité et de la prise en charge médicamenteuse sont nommés.

Divers référents (qualité, douleur, hygiène, nutrition, antibiotiques) sont désignés et formés à leurs missions. Des formations en lien avec la Qualité et la Gestion des Risques sont inscrites au plan de

formation 2016.

La documentation (procédures, protocoles, notes, compte rendus) est informatisée dans un logiciel de GED organisant la recherche des documents par mots-clés, par thématiques, par entités. La documentation est également présente dans les services sous format papier.

Les procédures de gestion des plaintes et réclamations, de l'analyse de la satisfaction des usagers, de déclaration d'un dommage lié aux soins, de gestion des événements indésirable (EI) avec charte de "Non Punitivité" associée. Les plans de crises ont été identifiés et formalisés (plan blanc, plan canicule, plan pandémie grippale). Une procédure "Assurer la gestion de crise" est complétée par un mode opératoire "Gérer une situation de crise". La procédure de gestion de crise été formalisée et le plan blanc existe.

L'accréditation des spécialités médicales à risque est engagée; l'ensemble des spécialités concernées y participe.

L'établissement développe l'utilisation de l'outil informatique comme support majeur de transmission de l'information, et ce dans tous les services de l'établissement, à destination des professionnels, des partenaires et à destination du public.

Une coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale de la qualité et des risques de l'établissement est organisée.

En conséquence, les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés

## D / METTRE EN OEUVRE

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

La déclinaison du PAQSS général de la clinique est faite sous forme de plans d'actions par processus et par prise en charge. Le déploiement opérationnel dans les services est assuré par l'encadrement en lien étroit avec la cellule qualité et la direction des soins.

Il est soutenu par un réseau de référents dont la mission est d'accompagner le déploiement de la démarche d'amélioration dans les services auprès des professionnels.

Les professionnels sont informés des objectifs propres à leur secteur. Ils sont sensibilisés à l'approche processus et aux Patients Traceurs. Ils ont été informés et invités à participer aux analyses a priori des risques.

La déclaration des EI est confortée par une charte de non sanction, et par le retour au déclarant. Les services mettent en place des EPP médico-soignantes, ainsi que des RMM, des CREX lors d'EI graves, avec une participation des personnels soignants.

Les responsables des secteurs d'activité, en lien avec la cellule qualité s'assurent de la conformité des pratiques. Les résultats des audits et des indicateurs (satisfaction patient, déclaration EI, suivi des plaintes et réclamations) sont commentés en réunions de service, animées par les cadres. Des mesures correctives sont abordées et les réunions hebdomadaires organisées avec la direction des soins et les responsables des services font l'objet d'un compte-rendu mis à disposition de l'ensemble des équipes.

Les responsables s'assurent également de la connaissance des procédures, protocoles et mode opératoires.

La mise en ligne du document Politique Qualité Gestion des Risques 2014-2018 dans le logiciel de gestion documentaire, ainsi que sa publication dans la revue « Flash info » facilite la prise de connaissance de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins par les professionnels. Ceci participe à la stratégie de sensibilisation et d'implication des professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins, premier axe du volet qualité (promouvoir une culture qualité et de la sécurité des soins).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les acteurs de la Qualité Gestion des Risques (responsables de service, pilotes de processus) ont été formés (conduite CREX, méthodes d'analyse des causes profondes, patient traceurs, méthodologie AMDEC des cartographies avec analyse des risques a priori, approche processus). La cellule Qualité assure des formations ; elle apporte son soutien méthodologique pour l'organisation des instances, le suivi des indicateurs, la mise à jour des plans d'action et l'analyse des EI, la conduite des EPP... Des actions de formation sont organisées afin de sensibiliser les professionnels au processus qualité gestion des risques : Formation déclaration des EI, analyse des causes, patient traceur.

La GED met à disposition de tous les professionnels l'ensemble des documents en lien avec la Qualité Gestion des Risques. Les personnels savent utiliser la GED qui leur permet d'accéder aux protocoles, procédures, et aussi aux comptes rendus des instances. Une documentation papier perdure dans les services afin de garantir la connaissance des documents à tous. Cependant, la pluralité de gestion documentaire ne facilite pas l'accès des professionnels aux documents qui les concernent. Les difficultés rencontrées par les professionnels tiennent à la coexistence de 3 bases : la nouvelle base PSO où sont archivés les nouveaux documents, la base de la clinique des Longues Allées, ainsi que la base de la clinique Reine Blanche.

De plus, le Plan Blanc n'a pas fait l'objet d'une actualisation ni d'exercices de simulation. Son actualisation est prévue pour 2016, une action est prévue en ce sens dans le PAQSS.

Des plaquettes d'information à destination des patients, élaborées avec les professionnels, sont également disponibles dans tous les secteurs.

Le parc informatique des unités de soins permet à tous les agents d'accéder aux systèmes d'information: DPI, GED, FEI, en temps voulu. Des PC portables sont mis sur les chariots de soins pour faciliter la traçabilité des actes au lit du patient. En cas de panne, il existe des procédures dégradées connues des professionnels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Tous les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management interne des processus Qualité (signalement des EI, gestion documentaire, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations écrites et des plaintes orales des patients). Divers référents (qualité, douleur, hygiène, nutrition, antibiotiques) sont désignés et formés à leurs missions. Ils assurent un maillage au sein de l'établissement et permettent la diffusion de la démarche qualité auprès des professionnels. Les responsables de services, les pilotes de processus assurent le déploiement, le suivi et l'évaluation des plans d'actions. Les différentes instances, les vigilants, les différents correspondants ou référents sont consultés et agissent en complémentarité dans leurs domaines de compétences.

Les équipes ont connaissance et participent à la mise en œuvre de la politique de management de la qualité et de la sécurité des soins. Elles ont accès aux résultats de leur service et à ceux de l'établissement dont les résultats des évaluations de la satisfaction des patients qui est effectué mensuellement.

Le traitement des plaintes et réclamations des usagers est effectif ; les professionnels sont impliqués dans les réponses données au plaignant. Le dispositif de recueil des attentes et du niveau de satisfaction des usagers est opérationnel. De plus, l'établissement participe à l'enquête Isatis. Lors de ses réunions trimestrielles, la CRUQPC est informée du suivi des plaintes et réclamations, ainsi que des résultats des enquêtes de satisfaction. La CRUQPC participe à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme qualité et gestion des risques.

Les événements indésirables sont déclarés. Ils sont suivis par année (1427 en 2015), par secteurs (133 Bloc Opératoire; 64 Médicament ; 46 Risque infectieux, 48 en ambulatoire), par degrés de risque (93 avec criticité comprise entre 720 et 1920), par processus (401, VGR). Les déclarations sont informatiques ou papier; la fréquence et la gravité sont cotées. Une réunion hebdomadaire permet de passer en revue toutes les déclarations, de corriger la criticité et d'organiser le suivi avec les responsables des secteurs d'activité ainsi que le retour aux déclarants.

Des démarches EPP sont mises en œuvre dans tous les secteurs d'activité (22 EPP en cours) en lien avec les pratiques, avec des EI récurrents ou graves. Elles sont multi professionnelles. En anesthésie, en chirurgie et dans d'autres secteurs d'activité (Médicament) des RMM et des REX sont mis en œuvre. L'indicateur RCP a progressé entre 2011 et 2014 sans pour autant atteindre le seuil des 80%. Un bilan régulier est fait auprès des instances et communiqué aux personnels de terrain.

L'établissement dispose d'une autorisation pour un dépôt de sang relais, dont les modalités de fonctionnement sont formalisées et mises en œuvre.

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée, la liste des associations est affichée dans les halls et dans les salles d'attente.

La clinique participe à la semaine sécurité, au cours de laquelle des thèmes qualité et sécurité sont abordés.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les campagnes nationales de collecte d'indicateurs (ICALIN, IQSS, HN) sont effectuées et les résultats sont affichés. L'indicateur RCP (56% niveau 2, 2014) est suivi ainsi que les indicateurs du CPOM et du CBUM. Il existe un tableau de bord des EPP. Divers indicateurs sont affichés dans les postes de soins avec un suivi mensuel, par prise en charge. Ils recensent les EI par secteurs (Le COPILRISQ assure un suivi hebdomadaire des FEI), le taux de retour des Questionnaires de sortie, les niveaux de satisfaction, l'IMC, le recueil des données renseignées dans le DPI, la douleur, le délai d'envoi des dossier patient, le nombre de plaintes et réclamations, le délai de réponse, la ventilation par service, le nombre de RMM, RCP, EPP, CREX. Le Pôle Santé Oreliance participe à l'enquête ISATIS (satisfaction par après retour au domicile). Dans le cadre de sa démarche d'évaluation 7 patients traceurs ont été évalués et des audits sont régulièrement effectués. Un tableau de bord des indicateurs de chacun des processus est en place ; il permet d'identifier les points à risque nécessitant une surveillance particulière, les dysfonctionnements répétitifs, les mesures complémentaires à prendre inscrites dans la révision du PAQSS.

Des bilans ou rapports d'activité sont réalisés pour chaque processus.

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre suite à l'analyse des EI, aux résultats des évaluations, au suivi des indicateurs et suite au plan d'actions recensées dans le PAQSS et dans le Compte Qualité.

Le CODIR en lien avec la Cellule Qualité et l'ensemble des instances ou comités, 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. De nouvelles actions sont planifiées et mises en oeuvre, elles sont intégrées au PAQSS. Pour la plupart des EPP une réévaluation est réalisée annuellement. Le PAQSS est également remis à jour au moins annuellement.

L'établissement communique ses résultats et les nouvelles actions conduites aux instances (CODIR, COPILRISQ), auprès des professionnels (CME, réunion d'encadrement, revue « Flash Info »). Les résultats sont affichés dans les secteurs de soins et disponible dans le portail de gestion documentaire. Les usagers sont informés des résultats (réunions de la CRUQPC, site internet, affichage dans les halls de la clinique notamment les résultats des indicateurs nationaux).

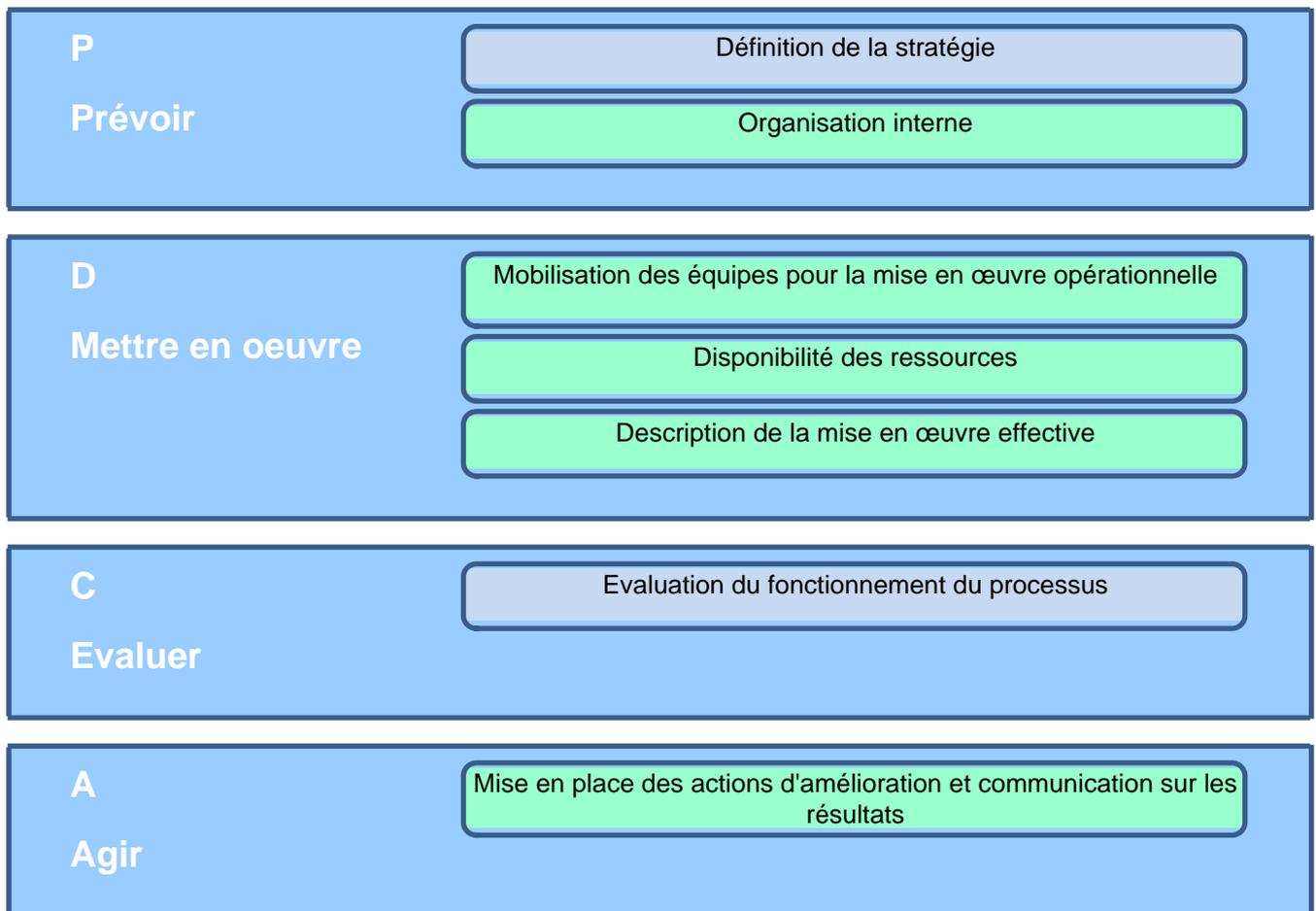
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

L'établissement dispose d'une politique de maîtrise du risque infectieux. La stratégie élaborée sur la base d'une identification du contexte et des activités à risque prend en compte le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS 2015), les objectifs fixés dans le CPOM et l'analyse des besoins et des risques propres à l'établissement.

Des risques et des objectifs prioritaires ont été définis dans le cadre de la politique de maîtrise du risque infectieux et sont inscrits dans le compte qualité. Ces objectifs prioritaires sont le résultat du suivi des actions d'évaluation, du suivi des indicateurs de lutte contre les infections nosocomiales (LIN), des EPP, des événements indésirables (EI) et des recommandations en lien avec les contrôles et évaluations externes. Les risques sont hiérarchisés avec la participation des professionnels concernés selon une méthodologie définie.

Les objectifs prioritaires de la politique de maîtrise du risque infectieux concernent la surveillance et la prévention des infections associées aux soins, le dépistage précoce des BMR et BHRE, la surveillance épidémiologique et environnementale (enquêtes, prévalence, écologie bactérienne, taux de résistance), le suivi des consommations d'antibiotiques, l'harmonisation des procédures existantes suite au regroupement de 6 établissements, l'information des usagers sur la lutte contre les infections nosocomiales...

En déclinaison des objectifs fixés, le CLIN définit annuellement un programme d'actions formalisé et priorisé. Les modalités de mise en oeuvre du programme sont définies (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions). Le programme est validé par la CME et le CODIR, soumis pour avis aux représentants des usagers par le biais de la CRUQPC. Les actions sont intégrées au PAQSS.

**ORGANISATION INTERNE**

Les pilotes de processus sont le pharmacien gérant et un pharmacien assistant. Une fiche de mission définit leur rôle et leurs missions. L'instance organisationnelle est le CLIN, sous commission de la CME, présidée par un médecin biologiste. Il est représentatif des différentes catégories professionnelles de la structure et se réunit 3 fois par an. Ses missions sont définies dans un règlement intérieur. Le CLIN est responsable de la politique et des orientations en matière d'hygiène et des actions à mener en matière de prévention, de formation et d'information. L'instance opérationnelle est l'EOH, constituée du pharmacien assistant pilote du processus, de la directrice des soins infirmiers, de deux infirmières hygiénistes.

Ses missions: impulser et coordonner la gestion a priori du risque infectieux dans ses différentes dimensions (environnement, acte de soins, état de santé du patient) ; impulser et coordonner la gestion a posteriori du risque infectieux par le signalement, l'investigation et les interventions lors d'infections, coordonner les surveillances épidémiologiques, le suivi du programme d'actions, le suivi d'indicateurs... ; promouvoir la formation et l'information sur le risque infectieux.

L'organisation a identifié les ressources nécessaires. Les ressources humaines comprennent des correspondants en hygiène dans chaque service. Les rôles et missions de chacun d'entre eux sont définis dans leur fiche de poste. Des responsables sont nommés concernant l'hygiène des locaux, le traitement des déchets et du linge.

Une sous commission de la COMEDIMS est en charge d'assurer la bonne pratique en matière d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie. Le Pôle Santé a passé une convention avec le centre hospitalier pour la mise à disposition d'un médecin infectiologue, référent en antibiotique. Un dispositif de surveillance épidémiologique (référent nosovigilance) et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est en place. Le dépistage et la prise en charge des alertes BMR/BHRE en lien avec le laboratoire (fiche alerte BMR/BHRE avec appel téléphonique du médecin) est organisé.

Des formations en Hygiène sont prévues, elles sont inscrites dans le plan de formation général 2016.

Un dispositif structuré de gestion documentaire est en place. L'organisation s'appuie sur des procédures, protocoles, modes opératoires (tri des déchets, bio-nettoyage, isolement, précautions complémentaires). Cependant, les procédures de bio-nettoyage (service de dialyse, nettoyage des brancards) et les feuilles de traçabilité des opérations effectuées ne sont pas formalisées. Les ressources en équipements et en matériels sont identifiées. La gestion des déchets, la surveillance de l'air, de l'eau et des surfaces est organisée.

Les dispositifs d'information, de surveillance et de signalement sont en place.

Les interfaces ont été définies avec la pharmacie, les services cliniques, le laboratoire. Les circuits logistiques sont organisés. L'hygiène des locaux est confiée à un prestataire extérieur.

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

L'équipe opérationnelle a en charge la mobilisation des équipes. Un programme d'actions préventives et de surveillance avec des objectifs précis et opérationnels est en place dans les secteurs d'activité et les secteurs interventionnels. Les professionnels font l'objet d'une sensibilisation régulière sur des objectifs précis (lavage des mains, préparation cutanée de l'opéré, précautions standard, précautions complémentaires...). Les responsables des services en lien avec les correspondants hygiène s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (Quiz, audit sur pratiques et organisation, suivi indicateurs). Le prestataire en charge du bio-nettoyage et les responsables du traitement des déchets et du linge s'assurent de l'application des bonnes pratiques d'hygiène hospitalière (audits, suivi indicateurs).

Des évaluations périodiques des pratiques sont réalisées avec informations des professionnels sur les résultats. Les professionnels déclarent les EI, participent aux RMM et sont associés à l'identification des actions correctives.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

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

Un médecin infectiologue, référent en antibiotique intervient tous les mercredis au sein de l'établissement. Les professionnels peuvent faire appel à l'équipe opérationnelle hygiène ou au correspondant de leur service. Le laboratoire d'analyses médicales participe aux actions de surveillance des infections et au suivi de l'écologie bactérienne.

Les IDE hygiénistes assurent en interne les formations (bon usage des antibiotiques, l'hygiène, notamment des locaux et la prévention du risque infectieux, formation des correspondants). Des actions de formation sont menées en externe, notamment par le Réseau des Hygiénistes du Centre pour l'EOH et les correspondants en hygiène.

Les professionnels affectés à l'entretien des locaux disposent d'une fiche de poste. Des procédures relatives à l'entretien de l'ensemble des locaux sont disponibles ainsi que les outils de traçabilité.

Les protocoles et procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mis à disposition des professionnels sur l'outil informatique. La procédure de conduite à tenir en cas d'AES avec un kit d'AES est disponible dans chaque service. Des protocoles d'antibioprophylaxie et d'antibiothérapie sont disponibles, ainsi qu'un logiciel d'aide à la prescription.

Les matériels sécurisés et les ressources matérielles sont disponibles. Les différents services sont équipés de laves bassins, toutes les portes sont munies d'un dispositif d'ouverture avec le coude. Les services techniques assurent les contrôles de températures des eaux sanitaires, le suivi du réseau et collectent les résultats des prélèvements avec l'aide l'EOH.

**DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Les mises en œuvre sont conformes aux organisations prévues. Le CLIN s'est réuni 3 fois en 2015 et a rédigé son rapport annuel d'activité.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux sont mises en œuvre par les IDE hygiénistes en lien avec l'EOH et les correspondants en hygiène. Les réunions organisées mensuellement avec les différents correspondants font l'objet d'un compte rendu.

La surveillance des BMR est effective. Les Indicateurs LIN sont suivis (2014 : ICSHA.2, A ; ICATB.2, A ; ICA-BMR, A/B ; ICALIN.2, A ; ICA-LISO, A ; indice SARM). L'établissement est engagé avec le CCLIN, le RHC (réseau d'hygiénistes du centre) et l'OMéDit Centre dans un dispositif de surveillance épidémiologique, de surveillance de la résistance aux antibiotiques et de réduction de la consommation des antibiotiques. Toutefois, la réévaluation de l'antibiothérapie n'est pas toujours tracée entre la 24ème et la 72ème heure. Elle n'est effective que pour une liste d'antibiotiques ciblés impliquant une dispensation nominative et une réévaluation à 72H impliquant le médecin infectiologue, référent en antibiotiques.

Le dispositif alerte BMR/BHRE avec le laboratoire installé in situ est opérationnel.

Le référent infectiologue, antibiotique présent tous les mercredis est joignable et peut être sollicité sur le choix de l'antibiotique ou sur la stratégie diagnostique. Les contrôles environnementaux (carnets sanitaires pour le suivi de l'eau, de l'air et des surfaces) sont réalisés et le suivi des résultats est organisé. Les procédures concernant l'hygiène des locaux, validées par le CLIN sont mises en œuvre. Le traitement des déchets (prestataire extérieur) est conforme aux bonnes pratiques (tri, stockage, retrait). En cas de travaux le CLIN est consulté, et son avis est pris en compte.

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

La traçabilité des actions et des activités est assurée. Les EI en lien avec le risque infectieux sont traités par l'EOH, la cellule qualité et le COPILRISQ. Le signalement des infections est effectif : trace systématiquement dans le dossier du patient par l'infirmière hygiéniste et fait l'objet d'une déclaration auprès du médecin référent nosovigilant. Les précautions standard et complémentaires sont connues et mises en œuvre (pratique d'isolement,

affichage sur les portes des chambres, avec pictogramme sur la conduite à tenir pour les professionnels ainsi que pour les visiteurs). Cependant, la procédure relative au port des bijoux n'est pas toujours respectée par les professionnels (port de bagues par certains professionnels aux urgences, chirurgie, dialyse ...).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le CLIN, en lien avec l'EOH et les correspondants en hygiène, assure annuellement l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques. Cette évaluation est réalisée sur la base du suivi des indicateurs du bilan LIN.

Les infirmières hygiénistes conduisent des actions de surveillance (consommation des solutions hydro-alcooliques par service), suivent et diffusent les résultats des indicateurs dans les unités : indicateurs de Lutte contre les infections nosocomiales, indicateurs et résultats RAISIN, AES, taux d'incidence des ISO, consommation ATB, taux de vaccination du personnel.

Des actions d'évaluation et des évaluations des pratiques sont conduites périodiquement : précautions standard, précautions complémentaires, circuit des déchets (tri des déchets, tri des déchets cytotoxiques, Circuit et tri des DASRI), du linge, enquêtes ISO, BMR, enquêtes de prévalence, sondage urinaire, préparation cutanée, gestion des cathéters veineux (PICC, cathéters périphériques, chambres implantables...).

Le prestataire de la fonction bio-nettoyage réalise une évaluation mensuelle de la prestation (audit de pratique) et trimestrielle à partir des résultats des prélèvements de surface effectués.

Des EPP sont réalisées avec participation des professionnels (Amélioration de la prise en charge des patients porteurs de PICC line, audit clinique : antibioprophylaxie, bon usage des ATB dans le traitement des infections urinaires...).

Les événements indésirables infectieux sont déclarés, analysés et traités.

Un bilan annuel d'activité du CLIN est réalisé et présenté en CME et à la CRUQPC avant diffusion sur l'intranet.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif de prévention et de maîtrise du risque infectieux sont mises en oeuvre au regard des résultats obtenus. Le suivi et les ajustements sont assurés par le CLIN. Le bilan des actions de promotion du bon usage des antibiotiques est suivi en commission des antibiotiques.

Les actions d'amélioration sont intégrées et articulées au PAQSS.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats du bilan LIN et des indicateurs institutionnels se fait au travers d'affichage dans les secteurs de soins, de communication orale. Le suivi des BMR, des consommations des antibiotiques, des REX mis en œuvre en cas d'infections associées aux soins sévères sont disponibles sur l'intranet et accessibles à l'ensemble des professionnels, favorisant le développement de la culture de sécurité du risque infectieux

Les indicateurs nationaux sont portés à la connaissance des usagers par voie d'affichage dans les halls et sont en ligne sur le site internet de la clinique.

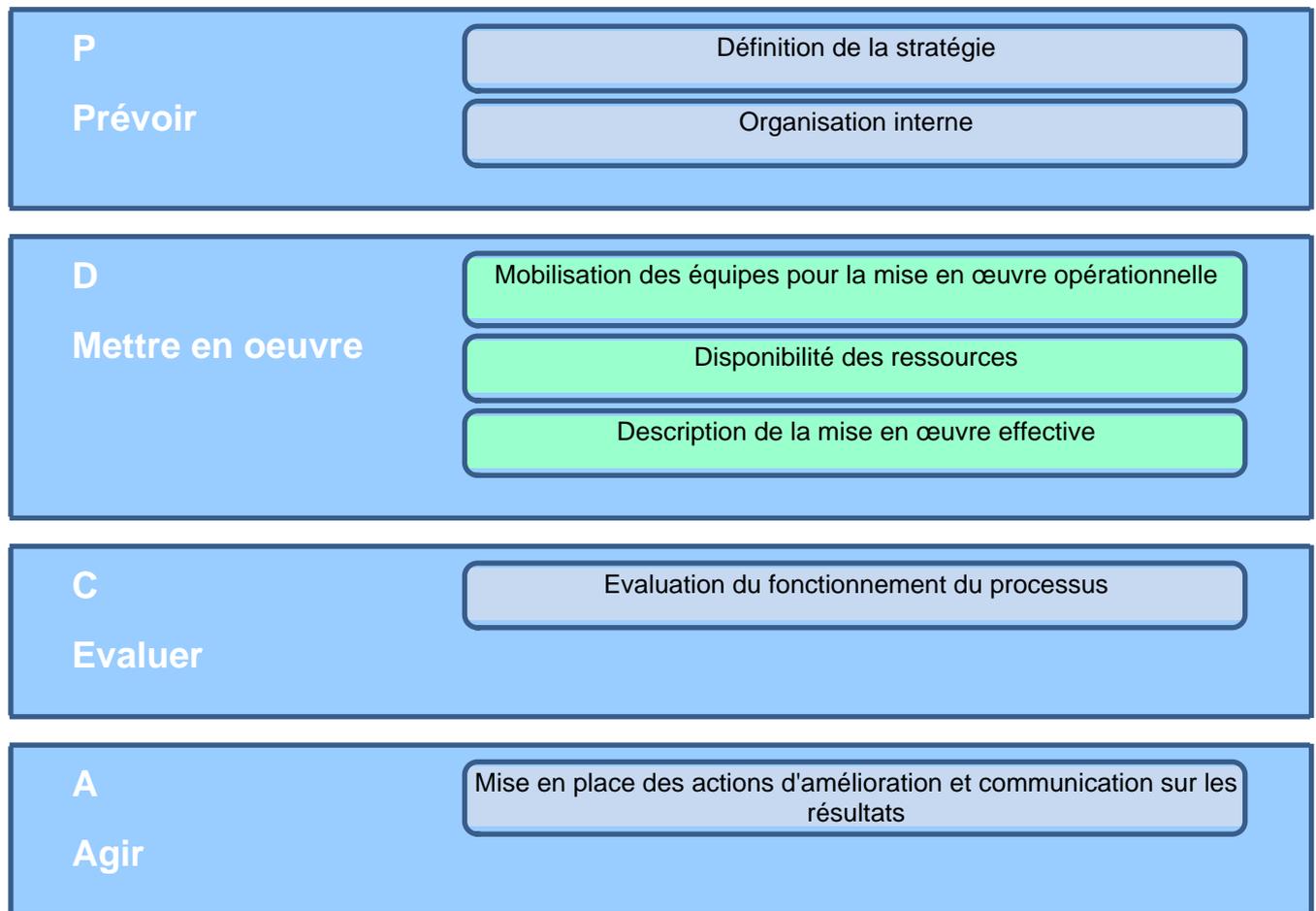
# DROITS DES PATIENTS

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le processus "bienveillance et respect des droits des patients" est inscrit dans le document « politique de management de la qualité et des risques ». La stratégie définie par le CODIR vise à promouvoir les droits du patient sur tout son parcours en le rendant acteur de sa prise en charge. 7 objectifs prioritaires sont identifiés : prévenir la maltraitance et promouvoir la bienveillance ; garantir le respect de la dignité et de l'intimité du patient ; maintenir la dynamique de la prise en charge de la douleur ; améliorer l'information du patient et de son entourage ; garantir le respect de la confidentialité ; favoriser l'accès du patient à son dossier ; mettre en place une réflexion éthique. La politique des droits des patients est validée par la CME et a été soumise à la CRUQPC pour avis.

Les sources de données utilisées par l'établissement pour identifier ses besoins, ses priorités et ses risques sont le bilan annuel de la CRUQPC, les résultats des questionnaires de sortie, les lettres de réclamations, les différents audits et indicateurs internes, les fiches des Événements Indésirables, les résultats de la précédente certification et une analyse AMDEC de la maltraitance et de la bienveillance. Les risques identifiés ont été hiérarchisés avec les professionnels concernés selon une méthodologie définie. Les risques prioritaires sont reportés dans le compte qualité.

La politique comporte des actions d'amélioration et des mesures de traitement des risques déclinées dans un programme d'actions formalisé et priorisé (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions). Le programme est intégré dans le PAQSS de la clinique. Les modalités de mise en œuvre sont définies.

#### ORGANISATION INTERNE

La coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins assure le pilotage du processus, assistée d'une responsable qualité. Son rôle est défini dans une lettre de mission : assurer la mise en œuvre de la politique des droits du patient en lien avec la CRUQPC et l'ensemble des responsables des services et assurer le suivi du programme d'actions, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication. La coordinatrice de la gestion des risques est également la responsable de la relation avec les usagers.

Les ressources humaines sont identifiées et prennent en compte la réglementation et les risques : psychologue, assistante sociale, diététicienne, maternologue...

La commission des usagers est en place et participe à la définition de la politique des droits des patients. Son fonctionnement respecte la réglementation. Un règlement intérieur actualisé en 2016 est en place. Huit représentants d'usagers y siègent.

Les besoins en formation sont en cohérence avec les objectifs. Les formations sur la bienveillance, le droit des patients, la restriction de liberté, l'accueil du patient et son entourage sont inscrites au plan de formation.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés, formalisés et intégrés au dispositif de gestion documentaire : Processus relatifs aux modalités de signalement des cas de maltraitance, modalités d'accueil du patient et de son entourage, organisation permettant le recueil du consentement éclairé, désignation de la personne de confiance, information du patient en cas de dommages aux soins, recueil des directives anticipées, modalités d'accès au dossier, conservation de l'anonymat...

Des documents d'information sont prévus pour le patient et son entourage : livret d'accueil, affiches sur la charte du patient hospitalisé, charte sur la bienveillance, liste des associations intervenants dans la clinique, la CRUQPC, ainsi que les possibilités de contacter les représentants des usagers.

Les interfaces entre les patients, l'établissement et ses instances (CRUQPC, Direction,) ont été définies. La gestion des interfaces est organisée afin de faciliter la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bienveillance et de la promotion des droits du patient.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Chaque responsable de secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle au niveau de son service. Des actions de sensibilisation sont mises en œuvre pour le personnel soignant, hôtelier, administratif. Les responsables de service informent leur équipe sur la politique, les objectifs fixés et les actions menées pour y parvenir. Cette information est reprise dans la revue mensuelle "flash info" ainsi que dans les "Gazettes" rédigées par les responsables de services à l'attention de leur équipe.

Les actions de sensibilisation portent sur les problématiques identifiées : respect de l'intimité, de la dignité et de la confidentialité, le recueil du consentement, la bienveillance, le respect des libertés individuelles. Une journée d'information, avec la participation des représentants des usagers et d'

associations, a été organisée sur la rédaction des directives anticipées.  
Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues : respect de la dignité, de la confidentialité, des protocoles de contention, respect de la traçabilité de la personne de confiance, traçabilité de la douleur et du consentement du patient dans le dossier (audit mensuel auprès de 4 patients). Le dispositif est complété par l'examen mensuel des plaintes et réclamations ainsi que des résultats des enquêtes de satisfaction déclinés par service.  
Des actions correctives sont mises en œuvre en cas de non maîtrise des pratiques ou de non atteintes des objectifs fixés. Les professionnels et les représentants des usagers participent à l'identification et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration.

#### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.  
Des compétences internes sont mobilisables : personne chargée des relations avec les usagers, bénévoles, représentant des usagers, psychologue, maternologue, aide soignante avec un diplôme de sophrologie...  
Des formations sont réalisées en interne à l'attention des soignants, des étudiants et des nouveaux arrivants. Les formations portent la sur les droits des patients, la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance, la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins, les droits des patients en fin de vie. Des formations sont organisées en externe pour les représentants d'usagers.  
L'ensemble des procédures et formulaires relevant du droit des patients (modalités d'accompagnement de l'entourage, signalement des cas de maltraitance, le consentement éclairé, processus de dommage liés aux soins, directives anticipées, accès au dossier patient) est intégré dans le système de gestion documentaire.  
Les ressources matérielles sont disponibles. Les conditions d'hébergement permettent le respect de la dignité et de l'intimité des patients. L'accueil des proches est organisé : lieu de convivialité, lit d'appoint, cafétéria, salons d'attente. Des dispositifs (paravent) sont prévus en cas de nécessité.

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

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les dispositions prévues afin de garantir le respect des droits du patient.  
Le respect des libertés individuelles, le consentement, la réflexion bénéfique risqué sont intégrés dans les pratiques. Les patients sont informés de la possibilité de désigner une personne de confiance. Les modalités de prise en charge intègrent également le refus de soins, la préservation de l'intimité et la dignité lors de la réalisation des soins et le respect de la confidentialité. Les mineurs et majeurs protégés font l'objet d'une prise en charge spécifique. L'accueil et la participation des patients et de leur entourage sont pris en compte par les équipes. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage dans les situations qui le nécessitent sont effectifs.  
L'information du patient est assurée lors de la remise à l'admission du livret d'accueil, avec une insistance sur la personne de confiance et la personne à prévenir. Il comporte des informations sur la prise en charge de la douleur, l'hygiène, la charte du patient hospitalisé, l'accès du patient à son dossier, la loi informatique et liberté, les directives anticipées, la CRUQPC et les représentants des usagers.  
L'affichage sur le droit des usagers est effectif. On retrouve dans les halls, les salles d'attentes, les salons, des affiches portant sur la charte du patient hospitalisé, la charte sur la bientraitance, la CRUQPC, son rôle et les moyens de contacter les représentants des usagers, une information relative à la personne de confiance, aux directives anticipées ainsi que la liste des associations intervenant dans la clinique.  
Le dispositif d'information du patient inclue la démarche d'information en cas de dommage lié aux soins et l'annonce d'une pathologie grave. Des IDE de coordination interviennent pour l'annonce d'une pathologie cancéreuse. En cas de nécessité une psychologue est sollicitée pour le soutien des patients et de leur entourage. Un maternologue intervient en secteur de naissance. Les compétences en stomathérapie sont sollicitées dans les pathologies colo rectales pour accompagner et éduquer le patient.  
Les acteurs sont associés dans la mise en œuvre du respect des droits du patient. Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les actions le nécessitant sont tracées dans le dossier du patient, notamment la traçabilité des évaluations de la douleur, les prescriptions relatives à la restriction de liberté ainsi que la réévaluation à 24H, les dommages liés aux soins. Les nouveaux arrivants sont informés des dispositions mises en place sur les droits des patients.  
La gestion des plaintes et réclamations est effective, la CRUQPC en est tenue informée à chacune de ses réunions ; elle reçoit également une information sur le résultat des questionnaires de satisfaction.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus "bientraitance et respect des droits des patients". Cette évaluation est réalisée sur la base des audits mensuels réalisés sur l'ensemble des services auprès de 4 patients par service, de l'analyse des EI relatifs

au droits des patients, des questionnaires de satisfaction, des plaintes et réclamations...  
Des indicateurs sont en place et leur suivi permet de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs poursuivis : taux de satisfaction des patients concernant la prise en charge de la douleur, taux de satisfaction des patients en réponse à l'enquête droits des patients et confidentialité, analyse des réponse aux plaintes et réclamations, nombre d'EI concernant les droits du patient, nombre de demandes de dossiers médicaux et délais de réponse....  
Les résultats sont synthétisés dans un tableau de bord et font l'objet d'une présentation mensuelle au CODIR, aux membres de la CRUQPC tous les trimestres, au personnel lors des réunions de services. Ils sont publiés sur le site internet par le biais de la gestion documentaire, affichés dans tous les services et diffusés dans la revue interne « Flash info », ainsi que dans les gazettes mensuelles des différents services.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mise en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS.  
La structure de pilotage en lien avec la CRUQPC et la cellule qualité suit les actions d'amélioration. Elle réexamine les risques significatifs non éliminés ou les besoins non satisfaits et définit des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque.  
Des actions d'amélioration sur l'hébergement (ambulatoire), l'information du patient (complétude du dossier), la confidentialité, la restriction de liberté, le respect de l'anonymat, la réflexion éthique ont été mises en œuvre.  
Les résultats des IQSS et des questionnaires de satisfaction font l'objet d'un affichage à destination du public et des professionnels (accueil, salles de soins).  
Une communication des résultats (évaluations et suivi des indicateurs) et des actions, est réalisée en interne auprès des professionnels lors des réunions de service et en CRUQPC avec la participation des représentants des usagers ; auprès des usagers (au moyen du livret d'accueil, du site internet). Le bilan annuel de la CRUQPC est présenté au CODIR et à la CME ; il est transmis à l'ARS et est à disposition des professionnels dans la GED de l'établissement.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

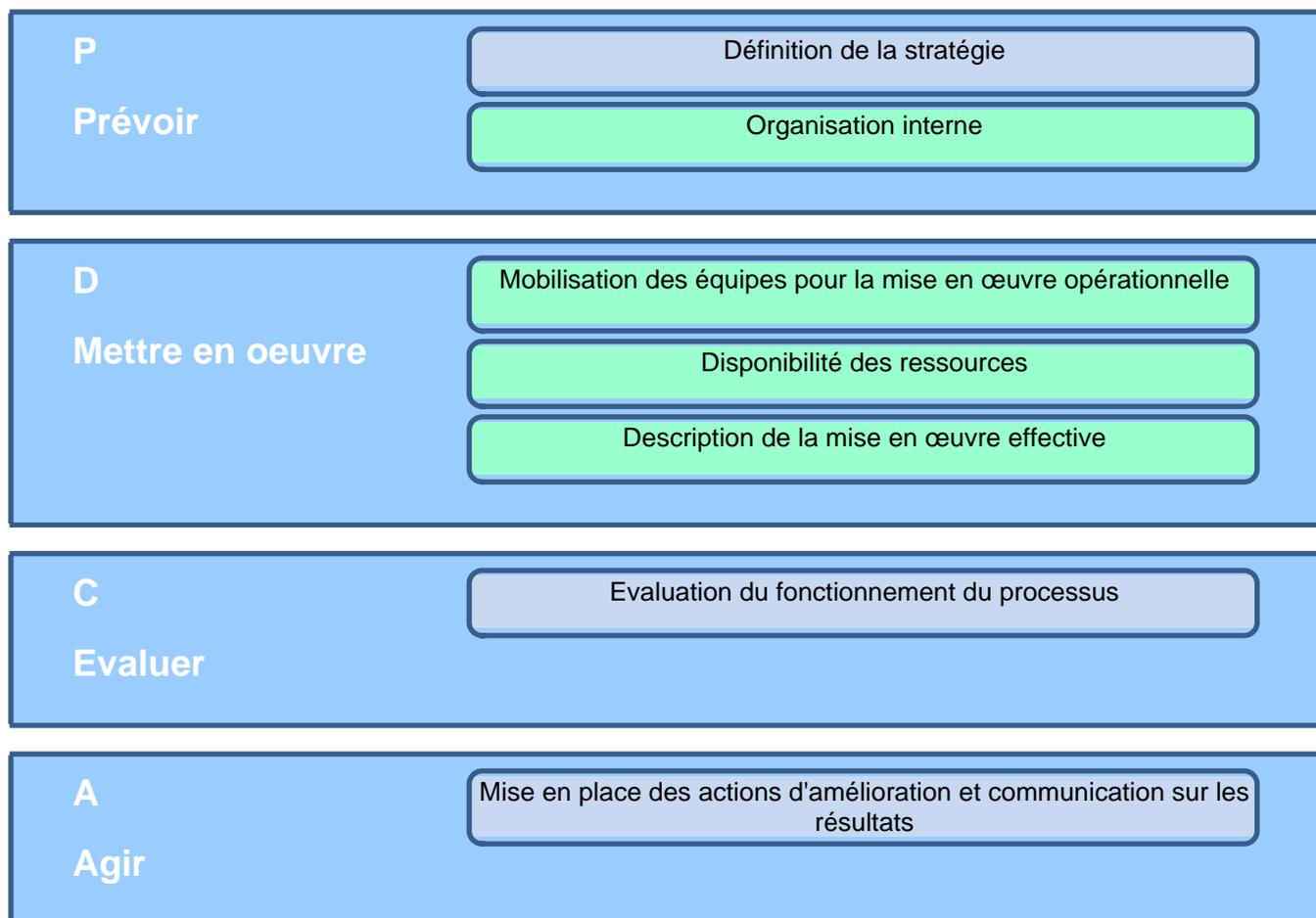
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

Une politique du parcours du patient 2016 est définie. Elle s'appuie sur les orientations du CPOM et le projet médical du Pôle Santé Oreliance.

La politique prend en compte les différentes étapes de la prise en charge du patient, ainsi que les situations particulières (prise en charge des urgences, du risque suicidaire, des troubles nutritionnels). Le processus décrit les différents modes d'entrée et les types de prise en charge. Les axes stratégiques sont au nombre de 6 et sont déclinés en objectifs opérationnels :

- Développer la coordination médecins/soignants pour une prise en charge efficiente
- S'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (en accompagnant les restructurations et le développement de l'ambulatoire)
- Améliorer l'optimisation de la disponibilité des lits
- Prévenir la maltraitance et promouvoir la bientraitance
- Accompagner l'informatisation du parcours patient sur l'ensemble du Pôle Santé
- Accompagner le développement professionnel continu (évaluation des besoins en formation et plan annuel de formation).

La politique est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et des risques propres à l'établissement. Elle prend en compte notamment l'analyse des besoins de la population, du SROS, du PRS, du CPOM, le suivi d'indicateurs (IQSS, HN et indicateurs propres à l'établissement), le suivi des décisions V2010, l'analyse des événements indésirables et des réclamations, l'analyse des risques a priori.

La cartographie des risques et leur hiérarchisation selon une méthodologie définie, ont été réalisés par les pilotes du processus, en lien avec le COPILRISQ et des professionnels de terrain. Des risques ont été priorisés dans le compte qualité de l'établissement avec objectifs et plans d'action. Ces risques concernent le manque de coordination et de transmission d'un fait marquant concernant le patient, le risque de dénutrition, la prolongation d'un séjour par manque de prise en compte de la situation sociale, la non prise en compte du risque suicidaire, le manque d'information du patient lors de son admission, la non exhaustivité des informations pour garantir la continuité des soins à la sortie du patient.

La politique du parcours du patient 2016 a été validée par la Direction des soins et le Président du directoire du Pôle Santé.

La stratégie est déclinée dans un programme d'actions qui est formalisé, mis en œuvre et suivi (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions). Ce programme d'actions est articulé avec le PAQSS de l'établissement. Il couvre l'ensemble des thématiques et des étapes du parcours du patient. La politique du parcours du patient est intégrée dans la politique Qualité-Gestion des risques du Pôle Santé. Les interfaces entre CODIR, COPILRISQ et pilotage du processus Parcours patient sont définies. La stratégie est communiquée auprès des professionnels via la commission des soins, l'encadrement, un journal interne mensuel (Flash Info), des documents de communications propre à chaque service, un Intranet.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est en place pour piloter le processus parcours du patient. Les pilotes sont le Directeur et la Directrice des soins du Pôle Santé, en lien avec le CODIR, le COPILRISQ, la commission des soins et l'encadrement. Des fiches de missions précisent les responsabilités des pilotes du processus Parcours du patient. L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du processus Parcours du patient. Des principes de gestion des ressources humaines sont définis (logiciel de gestion du temps, annualisation du temps de travail, détermination de périodes de haute ou basse activité, adaptation des effectifs à l'activité, principes de remplacements et polyvalence par pôle, liste des renforts disponibles, organisation des gardes et astreintes, organisation en mode dégradé). Des temps d'information et de concertation sont organisés (commission des soins, réunion des cadres, réunions « OK Week-end » pour faciliter le travail de l'administrateur de garde).

Des formations relatives au processus Parcours patient sont inscrites au plan de formation 2015 et couvrent les différents services ainsi que les différentes étapes du Parcours du patient.

Les besoins en ressources documentaires sont identifiés. Des procédures relatives au parcours patient sont établies et couvrent les différentes étapes de la prise en charge du patient et les différents parcours.

Des modes opératoires complètent le dispositif (plan personnalisé de soins, prise en charge d'une urgence, annonce d'un dommage...).

Une communication institutionnelle est organisée au niveau du Pôle Santé (Flash Info mensuel) et déclinée au niveau des services (News unités de soins).

Les ressources matérielles sont organisées pour répondre aux différents aspects du parcours patient.

Les locaux sont neufs. Les plans ainsi que les différents circuits, circulations et interfaces ont été

travaillés en amont en association avec des professionnels de terrain.  
 Une commission Achats est en place. Un service biomédical est présent sur site. Les maintenances préventives ou curatives sont organisées en interne ou externalisées.  
 La gestion des interfaces est organisée entre les services et les cadres via la commission des soins. Une cellule Parcours patient a été mise en place pour le recensement des lits disponibles et la régulation et l'affectation des patients depuis les urgences et entre services en cas de transfert.  
 Les circuits et les interfaces avec les secteurs médico-techniques, les services logistiques et administratifs sont également définis.  
 Les besoins nécessaires à la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge, lors des transferts de patients vers d'autres services ou d'autres structures ont été identifiés (fiches de liaison, courriers et copies de documents).  
 Les modalités de communication des dossiers archivés sont définies.  
 Des RCP, des RMM et des CREX sont organisés dans différents services (oncologie, anesthésie, urgence, cardiologie, pôle mère-enfant notamment).  
 Les interfaces avec d'autres établissements sont formalisées dans des conventions.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le processus de gestion des soins est décrit dans un document, diffusé en gestion documentaire, à l'ensemble des professionnels.  
 Des plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison des objectifs institutionnels. Ces plans sont décrits dans le compte qualité et le PAQSS.  
 Des cadres des services de soins assurent l'information des professionnels.  
 Des réunions de services sont organisées trimestriellement. La directrice des soins assiste à ces réunions au moins une fois par an et par service. Elle rencontre les équipes de nuit au moins une fois par an.  
 Un journal interne « PSO - Flash info » édité mensuellement sert de support d'information auprès de l'ensemble des praticiens et professionnels de l'établissement. En complément, des supports d'information par service sont élaborés par les cadres.  
 Des journées de formation interne permettent de réunir les référents hygiène, douleur, dossier informatisé.  
 Les professionnels rencontrés sont informés des priorités retenues et des plans actions en cours.  
 Les cadres des services s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues via le suivi d'indicateurs, la participation à des EPP, le recueil et l'analyse des événements indésirables, le suivi des plans d'action du PAQSS, la participation à des RMM, RCP ou CREX suivant les services.  
 La rétro information des professionnels sur les résultats (comptes rendus d'audits, résultats des IQSS ou indicateurs d'activité, résultats des enquêtes de satisfaction, bilan des événements indésirables) est assurée.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et les effectifs suffisants sont mis à disposition. Les professionnels affectés dans les différents services répondent aux besoins spécifiques liés à l'activité. Des actions de formation en interne sont mises en œuvre et les formations inscrites au plan de formation 2015 ont été suivies. La gestion des remplacements en cas d'absentéisme ou la mise en place de renfort en cas de pic d'activité est assurée par les responsables de service.  
 Les ressources documentaires sont mises à disposition. Les professionnels connaissent les modalités d'accès au dispositif de gestion de documentaire. Les professionnels ont accès à leur propre base documentaire, mais également à l'ensemble des documents, à partir d'un autre portail. Le processus de gestion des soins décrit dans un document, est diffusé en gestion documentaire à l'ensemble des professionnels.  
 Les locaux sont neufs et adaptés aux activités réalisées. Les services d'hospitalisation complète, disposent de chambres particulières et de chambres doubles permettant de répondre aux attentes des patients et facilitant la réalisation des soins, le respect de la confidentialité, le respect de l'intimité (Présence de rideaux de séparation entre les lits). Les salles de soins sont fermées par des digicodes.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge du patient connaît l'organisation définie et met en œuvre les procédures et protocoles établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.  
 Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.  
 La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en temps utile dans le dossier du patient est effective, tous métiers confondus.  
 Les règles de présence, de garde et d'astreintes sont mises en œuvre afin d'assurer la permanence des soins 24h/24h.  
 La prise en charge du patient est établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, dans un délai compatible avec les exigences de sa prise en charge. La douleur est évaluée pluri quotidiennement. Les règles d'identitovigilance sont appliquées.

Un « projet de soins personnalisé », concerté, intégrant la réflexion bénéfice-risques, tracé et réévalué est en place. Il se traduit la plupart du temps par des macro cibles, notamment dans les services à séjour de courte durée. Une information est délivrée au patient de façon orale et à l'aide de supports écrits (livret d'accueil, documents d'information). Un passeport patient regroupe les différents documents que le patient doit connaître et qu'il doit compléter pour son admission.

La prise en charge du patient est coordonnée lors de transmissions, staffs ou réunions pluridisciplinaires ou pluri professionnelles, mais également dans le cadre de RCP ou du programme de réhabilitation améliorée après chirurgie de PTH/PTG.

Les patients appartenant à des populations spécifiques sont identifiés et leur prise en charge organisée. Le dépistage et le suivi des troubles nutritionnels sont tracés dans le dossier du patient. Quatre diététiciennes interviennent au sein du Pôle Santé et depuis le mois de janvier une diététicienne intervient dans le service de dialyse. Les logiciels de soins ont été modifiés afin de permettre le calcul et le suivi de certains indicateurs (IMC, variations de poids). Les diététiciennes ont accès aux données biologiques et cliniques des patients. Elles tracent leurs interventions dans un onglet dédié.

Un dispositif d'identification et de prise en compte du risque suicidaire est en place. Trois psychologues interviennent au sein de la structure et interviennent sur demande des équipes. Un maternologue intervient au Pôle mère-enfant.

Les établissements constituant le Pôle Santé ne disposent pas de programmes ETP et ne recourent pas à des programmes proposés par d'autres établissements. Cependant, des actions d'éducation sont mises en œuvre dans certains services (ateliers diététiques en SSR, documents d'information et d'éducation à la santé en cardiologie).

Un dispositif de prise en charge des urgences vitales au sein de l'établissement est opérationnel (chariots d'urgence par service, standardisés, procédures d'urgence en place, formations des professionnels effectives).

Un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge ou l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est en place.

L'articulation avec les activités de SSR dans les projets de prise en charge des patients est effective, au sein du Pôle Santé ou en partenariat avec d'autres structures.

La sortie du patient est organisée permettant d'assurer la continuité et la sécurité des soins, en lien avec les professionnels d'aval. La sortie est anticipée et organisée en amont de l'intervention, en chirurgie orthopédique dans le cadre d'un programme de réhabilitation améliorée après chirurgie (PTH/PTG). Les ordonnances pour les médicaments et les soins sont remises au patient dès la pré admission.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif structuré d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est en place. Il permet une évaluation de l'ensemble du processus « Parcours patient » à l'échelle de l'établissement. Les principaux indicateurs utilisés concernent la gestion du processus de soins (indicateurs d'activité par service), les IQSS du pôle mère-enfant, les IPAQSS transversaux et de pratique clinique, les enquêtes de satisfaction patients, le suivi du PAQSS, le suivi des événements indésirables.

Des audits « Patients traceurs » et des rencontres cadre/patient sont réalisés tous les mois.

Des EPP (15 EPP en lien avec le processus), RMM, CREX sont organisés avec la participation de professionnels.

Les indicateurs IPAQSS concernant la tenue du dossier patient/dossier anesthésie, la prise en charge du patient hémodialysé chronique en dessous de l'intervalle de confiance, ont été pris en compte.

Les évaluations réalisées alimentent un tableau de bord de suivi du processus.

Les pilotes du processus s'assurent de la maîtrise des risques identifiés et de la mise en œuvre des plans d'actions, en lien avec le COPILRISQ et le CODIR.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre au regard des évaluations réalisées, en impliquant les professionnels concernés.

Le programme d'actions du processus Parcours du Patient est intégré dans le PAQSS de l'établissement qui fait l'objet d'un suivi et de réajustements lorsque les objectifs ne sont pas atteints.

Les risques résiduels sont analysés et génèrent la détermination de nouveaux objectifs d'amélioration. Le PAQSS est alors réajusté.

L'information est relayée auprès des professionnels par les cadres et par le biais du journal interne et l'intranet de l'établissement.

Les patients sont informés de la possibilité de consultation de certains indicateurs, à l'accueil de l'

établissement.

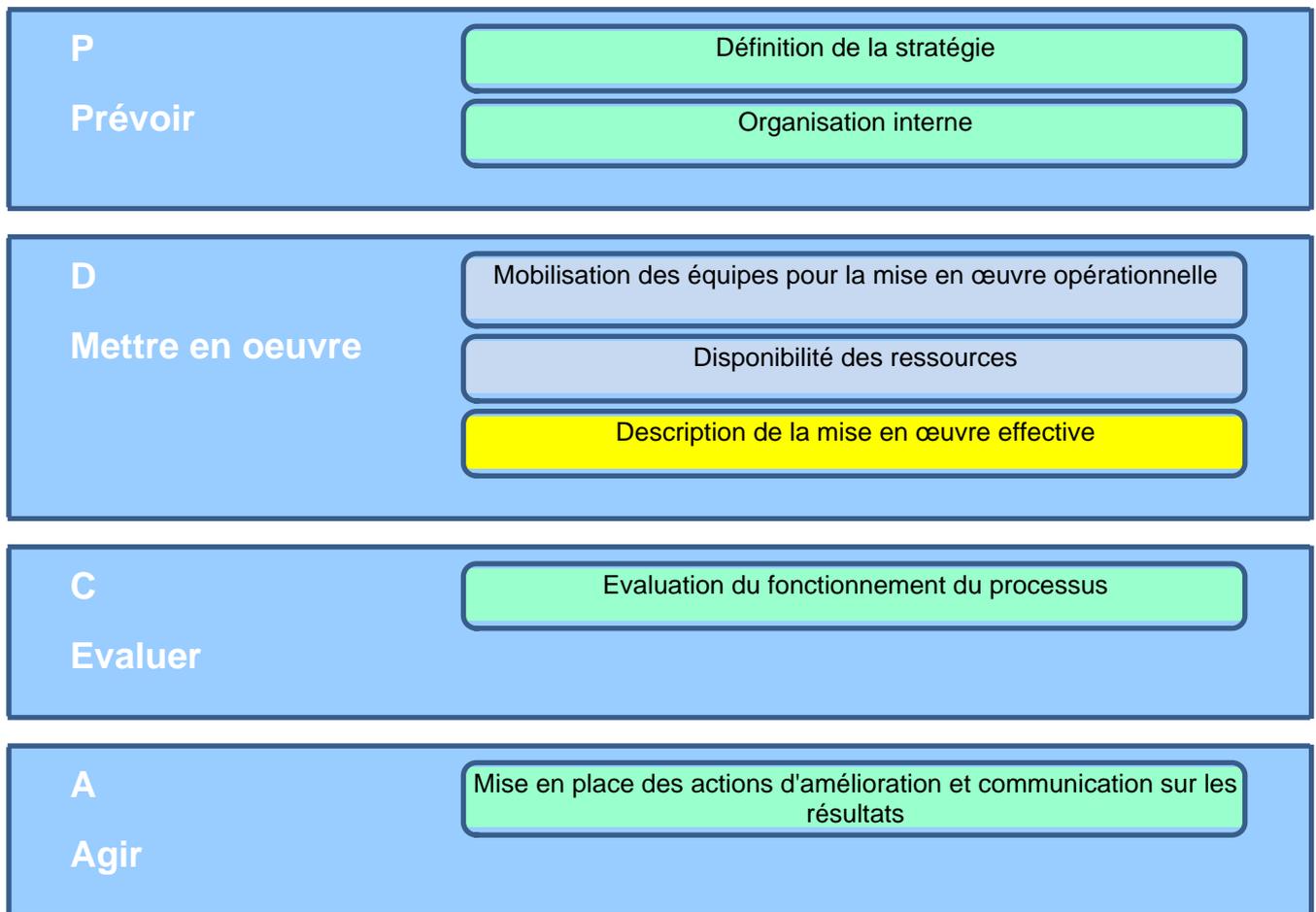
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La politique du dossier patient est issue du récent regroupement sur un même site géographique de plusieurs établissements avec des systèmes d'information et des processus différents.

Chaque structure juridiquement indépendante, possède son propre numéro FINESS et son propre schéma du système d'information. Il n'y a pas de connexion informatique entre les dossiers de chaque établissement. Une procédure est en place pour permettre le transfert de certaines données issues de la phase de pré admission. Des interfaces entre différents logiciels sont en place, notamment entre les logiciels d'admission/facturation et les logiciels Dossier patient. D'autres interfaces existent avec ceux des laboratoires, de l'imagerie, de l'EFS...

Des logiciels spécifiques sont utilisés pour la dialyse, la cardiologie, la chimiothérapie, les programmations du bloc opératoire, la gestion des PSL.

Des dossiers papiers sont utilisés en anesthésie, consultations de chirurgie, échographie, dialyse, secteur de naissance...

L'objectif du Pôle Santé Oréliance est un système d'information unique avec un seul dossier patient Oréliance.

Une politique du dossier patient 2016 est définie, validée par la Direction et le Président du directoire du Pôle Santé.

Trois axes sont définis :

- Faire évoluer les systèmes d'information actuels vers un IPP unique.
- Tendre vers une dématérialisation complète du dossier patient.
- Améliorer la complétude du dossier patient en développant le transfert de documents des cabinets médicaux vers le dossier patient informatisé.

Cette politique est élaborée sur la base d'une identification du contexte, des missions et des risques propres à l'établissement. Elle prend en compte le suivi d'indicateurs (IQSS, HN et indicateurs propres à l'établissement), le suivi des décisions V2010, l'analyse des événements indésirables et des réclamations, l'analyse des risques a priori. La cartographie des risques et leur hiérarchisation ont été réalisés par les pilotes du processus, en lien avec le COPIL Risques et les référents « Dossier patient ». Trois principaux risques ont été identifiés et priorisés dans le compte qualité de l'établissement et permettent la détermination d'objectifs et de plans d'action. Ces risques concernent le manque d'exhaustivité des informations pour la continuité des soins lors des transferts inter établissements, la perte du dossier patient, le manque de complétude du dossier.

La stratégie d'amélioration de la gestion du dossier patient est déclinée dans un programme d'actions qui est formalisé, mis en œuvre et suivi. Ce programme d'actions est articulé avec le PAQSS de l'établissement. Ce programme couvre la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier.

Les interfaces entre CODIR, COPIL Risques, système Information et pilotage du processus dossier patient sont définies.

Cette stratégie est communiquée aux professionnels via l'encadrement, un journal interne mensuel (Flash Info), des documents de communications propres à chaque service, l'Intranet, les référents Dossier patient.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est en place pour piloter le processus de gestion du dossier patient. Les pilotes sont le Directeur et la Directrice des soins, le responsable du système d'information, les responsables des processus associés (prise en charge administrative, comptabilité, contrôle de gestion), les commissions et référents (commission des logiciels de soins, référents et correspondants logiciel de soins). La commission des logiciels de soins assure l'analyse, le suivi des améliorations et des mises à jour du dossier informatisé. Elle se réunit mensuellement et communique via le flash info mensuel.

Des fiches de missions précisent les responsabilités des pilotes du processus Dossier patient, du référent sécurité du système d'information, du référent logiciel, du responsable Accueil et admission ainsi que des correspondants Dossier informatisé.

L'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du processus de gestion du dossier patient tant d'un point de vue quantitatif que qualitatif. Des référents Logiciel et Dossier patient sont identifiés dans de nombreux services. Des moyens humains sont mobilisés au niveau informatique ainsi que pour l'archivage des dossiers et l'accès du patient à son dossier.

Le plan de formation 2015 de l'établissement fait apparaître des formations au dossier informatisé, à la prise en charge administrative du patient, à l'identitovigilance, au codage. Les besoins des professionnels en ressources documentaires ont été identifiés. Des procédures sur la gestion du dossier patient et l'accès du patient à son dossier sont établies. Des modes opératoires sur la tenue du dossier patient par les praticiens et les paramédicaux sont en place. Ainsi que des procédures d'admission, vérification de l'identité, sortie, archivage... Une organisation en mode dégradé est décrite dans une procédure de sauvegarde en cas d'inaccessibilité du dossier informatisé.

Un règlement intérieur de la sécurité et confidentialité de l'informatique médicale est établi, ainsi qu'une charte de l'utilisateur pour l'usage des ressources informatiques.

Divers modes opératoires sont en cours de validation. Ils concernent principalement les modalités d'utilisation du dossier patient.

Les moyens matériels nécessaires au déploiement de l'informatisation du dossier ont été identifiés ainsi que les besoins en logiciels spécifiques (dialyse, cardiologie, chimiothérapie, programmation opératoire, gestion des PSL). L'accès au dossier patient informatisé est organisé et sa sécurisation définie.

Les modalités de communication des dossiers archivés sont définies et l'accès du patient à son dossier est organisé. La récupération des dossiers archivés externalisés est organisée.

La gestion des interfaces prend en compte dans sa définition l'indépendance juridique des structures (numéro FINESS et système d'information propres).

Le dossier informatisé permet l'accessibilité aux données, à l'ensemble des professionnels et des services d'une même structure (Reine Blanche, Longues allées ou centre de dialyse). La consultation en lecture seule des informations contenues dans les dossiers des patients des autres structures du Pôle Santé est autorisée.

Une organisation est en place pour transmettre les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge, lors des transferts de patients vers d'autres services ou d'autres structures. Une procédure d'intégration de documents dans le dossier patient est en place. Des fiches de liaison, courriers et copies de documents complètent le dispositif. Des interfaces entre différents logiciels sont en place, notamment entre les logiciels d'admission/facturation et les logiciels Dossier patient. D'autres interfaces ont été définies avec les laboratoires, le secteur d'imagerie, l'EFS, la pharmacie ...

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison des objectifs institutionnels. Ces plans sont décrits dans le compte qualité et dans le PAQSS. Leur avancement est régulièrement suivi par les pilotes du processus et par le COPIL. Le PAQSS est actualisé en conséquence.

L'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires ont été réalisés par les pilotes du processus, en lien avec les professionnels concernés.

Les professionnels rencontrés connaissent les priorités retenues et les plans actions en cours.

L'encadrement des services de soins assure l'information des équipes, en diffusant une information de façon hebdomadaire et en organisant des groupes de travail sur la thématique « dossier patient ».

Un journal interne « PSO - Flash info » édité mensuellement sert de support d'information auprès de l'ensemble des praticiens et professionnels de l'établissement. En complément, des supports d'information par service sont élaborés par les cadres.

Les cadres des services s'assurent de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues via le suivi d'indicateurs, la participation à des EPP, le recueil et l'analyse des événements indésirables, le suivi des plans d'action du PAQSS, la participation à des RMM suivant les services.

La rétro information des professionnels sur les résultats (comptes rendus d'audits, résultats des indicateurs IQSS ou d'activité) est assurée.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement du processus dossier patient (compétences, effectifs) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Des référents Logiciel et Dossier patient sont identifiés dans de nombreux services. Des moyens humains sont déployés au niveau informatique ainsi que pour l'archivage des dossiers et l'accès du patient à son dossier.

Des formations à l'utilisation du dossier informatisé sont suivies par les nouveaux professionnels dans le cadre de leur prise de fonction. Les formations inscrites au plan de formation 2015, relatives au dossier patient (formations au dossier informatisé, à la prise en charge administrative du patient, à l'identitovigilance, au codage) ont été réalisées et sont régulières.

Les ressources documentaires sont mises à disposition et connues des professionnels. Des procédures (gestion du dossier patient, accès du patient à son dossier) et des modes opératoires (tenue du dossier patient par les praticiens et les paramédicaux) sont accessibles.

Les ressources matérielles sont mises à disposition et concernent les différents aspects de la gestion du dossier patient. Les moyens matériels nécessaires au déploiement de l'informatisation du dossier sont présents. Des chariots pour le stockage et le rangement des dossiers patients sont présents en nombre suffisant. Ils garantissent la confidentialité des données. Les ressources matérielles font l'objet d'un plan de suivi.

Les locaux d'archivage sont adaptés et sécurisés. L'organisation en place permet une mise à disposition rapide des dossiers auprès des services demandeurs 24h/24h. La récupération des dossiers archivés externalisés est organisée et répond aux attentes de l'établissement, en termes de délais.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité et les différents corps de métiers connaissent l'organisation et mettent en œuvre les procédures rattachées au renseignement du dossier patient. Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge du patient est responsable de la tenue du dossier pour l'exhaustivité, la qualité des informations et l'identification du patient.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre services et/ou secteurs sont opérationnelles via le partage de données informatisées au sein d'une même structure et/ou l'utilisation de fiches de liaison, de courriers et la communication des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge entre établissements partenaires. Le pharmacien a accès aux données cliniques et biologiques du dossier patient.

Le dossier patient centralise l'ensemble des données concernant le patient et permet la continuité de la prise en charge y compris en cas de transfert.

La traçabilité de la prescription et de l'administration des médicaments et des soins dans le dossier patient est assurée en temps réel par les médecins et les soignants.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient, en temps utile dans le dossier du patient, est généralement effective, tous métiers confondus.

L'accès du patient à son dossier ainsi que son information quant à ses droits d'accès sont effectifs. Les délais de transmission des dossiers aux patients sont conformes aux exigences de la réglementation.

Cependant, la pluralité des dossiers patients et des logiciels ne favorise pas le partage et la centralisation des informations. La multiplicité des supports, des logiciels utilisés, l'absence de connexion informatique entre les dossiers de chaque établissement, la coexistence de supports papiers et informatiques, l'interfaçage « manuel » (observé dans certains services) entre les étapes de consultations et de pré admission et le dossier créé au moment de l'admission du patient complexifient la mise en œuvre effective de l'organisation et du fonctionnement du dossier patient.

De plus, les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas toujours regroupés et/ou tracés avec régularité dans le dossier du patient. Les informations médicales issues de la consultation chirurgicale ou anesthésiste ne figurent pas systématiquement dans le dossier du patient. Dans certains dossiers de chirurgie, au bloc opératoire, on ne retrouve pas le motif d'hospitalisation, les observations médicales, le suivi médical et les consignes post opératoires. Les observations médicales ne sont pas tracées régulièrement en secteur d'hémodialyse : absence d'observations médicales pendant plusieurs mois (les médecins font des synthèses, tracées dans les dossiers quelques fois par an).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif structuré d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est en place. Il permet une évaluation de l'ensemble du processus « dossier patient » à l'échelle de l'établissement. Les principaux indicateurs utilisés concernent la gestion du système d'information (HN), l'organisation de la prise en charge administrative, le délai de communication du dossier médical, les IQSS du pôle mère-enfant, les IPAQSS transversaux (dossier patient, dossier anesthésie, RCP) et de pratique clinique (HPP, AVC, IDM, DIA, OBE), le suivi des mouvements de dossiers aux archives, le suivi hebdomadaire de la complétude des dossiers par praticien, par le PMSI.

Certains indicateurs IPAQSS de la campagne 2014 concernant la tenue du dossier patient et la tenue du dossier anesthésie restent en dessous de l'intervalle de confiance.

L'évaluation du respect de l'accès au dossier médical apparaît dans le bilan annuel de la CRU.

Les évaluations réalisées alimentent un tableau de bord de suivi du processus.

Les pilotes du processus s'assurent de la maîtrise des risques identifiés et de la mise en œuvre des plans d'actions, en lien avec le COPIL et le CODIR.

## A / AGIR

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

Le programme d'actions du processus de gestion du dossier patient est articulé avec le PAQSS de l'établissement ; il fait l'objet d'un suivi et de réajustements lorsque les objectifs ne sont pas atteints. Les risques résiduels sont analysés et génèrent de nouveaux objectifs d'amélioration.

Les principaux projets en cours concernent l'évolution des systèmes d'information actuels vers un IPP unique avec dans un premier temps la fusion du centre de dialyse de la Reine Blanche avec la clinique de la Reine Blanche (janvier 2017) puis à plus long terme : la gestion administrative commune des patients et un dossier du patient unique, la dématérialisation complète du dossier patient, l'amélioration de la complétude du dossier du patient en développant le transfert de documents des cabinets médicaux vers le dossier patient informatisé.

Diverses actions d'amélioration ont été mises en œuvre (changement de version du logiciel dossier patient, mise en place d'une commission Logiciels). D'autres sont planifiées d'ici la fin de l'année.

L'information est relayée auprès des professionnels par les cadres et par le biais du journal interne et de l'intranet de l'établissement. Les résultats des IQSS sont communiqués aux usagers.

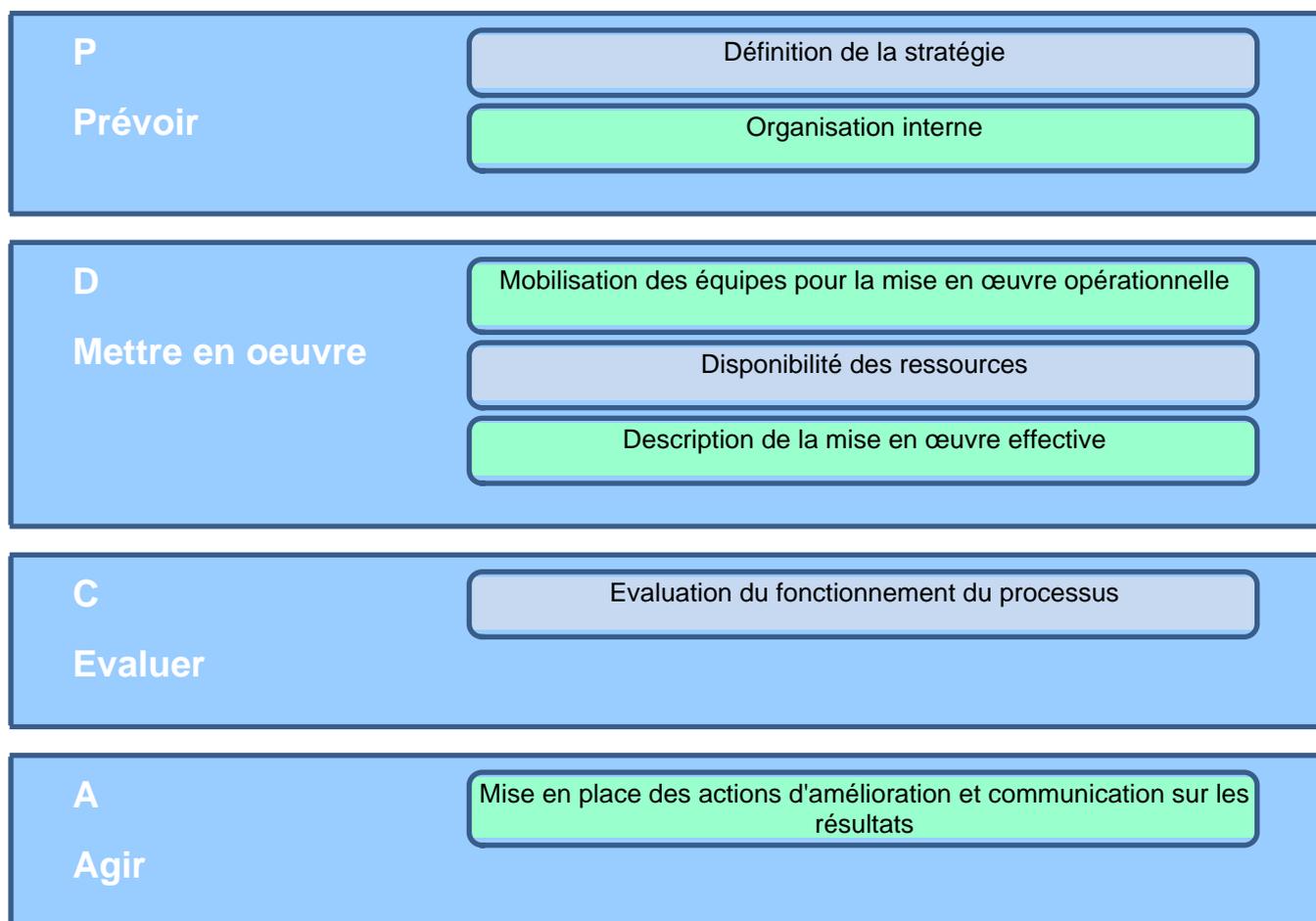
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La PUI est au rez de jardin. Le local est spacieux, sécurisé et répond aux différentes activités qui relèvent de la responsabilité de la Pharmacie : DM et DMI, cytotoxiques, stérilisation, dialyse, unités de soins. 4000 séances de chimiothérapie environ sont réalisées dans l'année. Il y a 4 pharmaciens et 14 préparateurs en pharmacie plus du personnel logistique.

L'établissement a défini sa stratégie et ses objectifs généraux au regard du contexte et de ses missions (Sécurisation du circuit du médicament avec diminution de la iatrogénie médicamenteuse évitable, respect de la règle des 5B, maîtrise des processus, continuité de la PECM, coordination avec les professionnels de ville). La politique d'amélioration de la qualité de la PECM du patient avec des dispositions spécifiques au sujet âgé est formalisée et déclinée dans un programme d'actions (Objectifs prioritaires 2016-2021) avec plan d'action annuel. Le plan d'action est le résultat d'une identification des risques que l'on retrouve dans une cartographie des risques a priori et a posteriori. Les IQSS, les fiches d'événements indésirables, la V2010, l'arrêté du 6 avril 2011, les plans et programmes nationaux, les suivis d'audits, les bilans du RSMQ, le Contrat de Bon Usage des médicaments, les données de l'OMÉDIT Centre... sont les sources utilisées par l'établissement pour identifier et analyser ses risques. Les risques sont hiérarchisés. Les modalités de mise en œuvre (responsable, délai et modalité de suivi) du programme d'action sont définies. Le programme est articulé avec le compte qualité et avec le PAQSS de l'établissement. Les instances concernées (CODIR, CME, les COMEDIMS) sont associées à la politique et à la validation du programme d'action.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles, les missions et les responsabilités sont identifiés et formalisés. Le management opérationnel est assuré par le pharmacien gérant, Responsable du management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse. Les règles de fonctionnement de la PUI sont formalisées et consultables dans le MAQ de la Pharmacie. Des COMEDIMS sont en place (oncologie, chirurgie-obstétrique, dialyse, médecine). Les prescripteurs habilités sont identifiés. Un référent infectiologue est identifié. Au regard de ses missions et des risques, l'établissement a organisé la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires.

Des formations sont inscrites au plan de formation 2016. Les besoins en ressources humaines sont en place (4 pharmaciens, 14 préparateurs et du personnel logistique).

Les besoins matériels pour répondre à l'informatisation complète de la PECM ont été identifiés (postes informatiques, logiciels, référent informatique).

Un dispositif structuré de gestion documentaire est en place. Un MAQ liste les documents définis et formalisés : outils documentaires (livret thérapeutique, guide du bon usage des antibiotiques, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé...), procédures et procédures dégradées (gestion du traitement personnel du patient), règles, modes opératoires.

La permanence pharmaceutique est organisée (dotation pour besoins urgents, conventions, astreinte).

Les interfaces et les circuits sont organisés : organisation des différentes étapes du circuit du médicament ; organisation du transport et de la sécurisation de la dispensation médicamenteuse (seuls les préparateurs en pharmacie sont habilités à transporter et à stocker les médicaments) ; organisation de la réception des médicaments ; interfaces avec les secteurs médico-techniques ; organisation de la gestion des DM.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Les objectifs prioritaires de la PECM sont déclinés dans les secteurs d'activité et à la PUI. Les actions portent sur l'analyse pharmaceutique, la délivrance nominative, le déploiement de l'informatisation et la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse sont conduites : focus 2016 sur l'administration, journées de formations (pilulier, déclaration des EI, Bon Usage du Médicament, formation logiciel...), flash info. L'établissement encourage le signalement des EI (125 en 2015) en lien avec le médicament.

Des actions d'évaluation et d'information sur le risque d'erreur médicamenteuse, les prescriptions d'antibiotiques, les nouveaux arrivants (focus sur le circuit du médicament) sont mises en place (CREX, RMM en lien avec le médicament : 8 en 2015). Les professionnels sont informés des résultats et s'investissent dans l'identification des actions correctives.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des compétences, des documents et des ressources matérielles est assurée.  
Les personnes ressources ont les qualifications requises et les formations indispensables (pharmaciens et préparateurs dédiés à des secteurs spécifiques). Les professionnels (autre que les personnes ressources) ont suivi les formations prévues dans le plan de formation.  
Les documents sont actualisés, validés et comportent les textes de référence. Des outils d'aide à la prescription et à l'administration, actualisés et validés sont mis à la disposition des professionnels (livret thérapeutique, Vidal). Les documents sont accessibles sous forme papier ou informatique.  
Les différents secteurs (PUI, URC,) sont conformes, adaptés, sécurisés et propices au développement de la qualité de vie au travail.  
La liste des prescripteurs habilités est disponible.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent les organisations définies et les procédures en lien avec la PECM.  
L'informatisation de la PECM est complète. Les règles de prescription sont mises en œuvre. A l'entrée une pré-saisie des médicaments à partir de l'ordonnance du patient est faite par le soignant en charge du patient. Une pré-saisie du traitement dans le logiciel dossier patient n'apparaît pas dans le plan de soins. Ce n'est qu'à validation par le médecin responsable de la pré-saisie que le traitement intègre le plan de soins et peut être administré par l'IDE. Cette pratique a été validée à l'occasion d'une réunion (Sécurisation du circuit du médicament du 01/06/2016). La réunion a également validé les modalités de prescription orale dans le cadre de l'urgence : une prescription en urgence par téléphone peut être administrée par l'IDE qui mentionne clairement le médecin prescripteur ; à charge pour ce dernier de valider au plus vite la prescription.  
En cours d'hospitalisation les prescriptions sont faites par les praticiens.  
Les règles d'administration et de traçabilité de l'administration sont respectées (100% des lits font l'objet d'une administration informatisée).  
Les règles de gestion, de rangement, de transport et de stockage des médicaments sont appliquées. Les préparateurs sont en charge du transport des médicaments, le rangement et la préparation des piluliers. La délivrance est globalisée. Elle est nominative pour les antibiotiques ciblés, les dérivés du sang, les stupéfiants, les cytotoxiques, les médicaments hors dotation et le SSR. L'information des professionnels est mise en œuvre.  
Les professionnels assurent l'information orale des patients sur le bon usage des médicaments. Des médicaments ont été ciblés et des documents d'information sont délivrés au patient (AVK).  
La surveillance thérapeutique du patient est assurée.  
Les médicaments à risque sont identifiés et l'administration des formes orales fait l'objet d'une double vérification.  
Les bonnes pratiques en matière de prescription, de fabrication et de validation des préparations des médicaments cytotoxiques sont respectées.  
Cependant, l'analyse pharmaceutique n'est pas exhaustive. Elle concerne les patients âgés, les enfants de moins de 5 ans, les patients avec médicaments à risque, le SSR et les médicaments hors dotation.  
De plus, la continuité du traitement médicamenteux n'est pas toujours mise en œuvre de l'admission jusqu'à la sortie. En chirurgie, le plus souvent, seul le traitement en lien avec l'acte figure sur l'ordonnance de sortie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus est évalué régulièrement et le suivi de la mise en œuvre se fait sur la base d'outils identifiés. Des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, les indicateurs du CBUM, et les IQSS sont suivis. Un tableau de bord des indicateurs en suivi continu est en place (médicaments re facturables et AMM, péremptions en PUI, taux d'analyse pharmaceutiques, traçabilité des MDS, alertes ANSM...).

125 EI en lien avec le médicament ont été déclarées en 2015. L'analyse est assurée tous les jeudis en COPILRISQ. La participation des professionnels concernés et le retour d'information sont effectifs.

La prescription médicamenteuse chez le sujet âgé est évaluée. Des audits périodiques (1 fois/an) sont menés et portent sur les armoires à pharmacie, la pertinence des prescriptions, les chariots d'urgence. Les EPP concernent certaines prescriptions (antibiotiques, antibioprophylaxie, administration des chimio, pertinence des prescriptions chez le sujet âgé).

Un bilan annuel d'activité est réalisé par le RSMQ. Le bilan est présenté en CODIR et à la CME.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des actions concernent le bon usage des médicaments : sécurisation de la prescription (consensus sur la prescription des HBPM, formation des professionnels au logiciel de prescription, réunion sur la pré saisie des IDE) ; prescription chez la personne âgée. D'autres actions sont mises en place suite aux évaluations effectuées et à l'analyse des erreurs (harmonisation des chariots d'urgence ; mise en conformité du stockage).

La communication s'adresse aux médecins, aux soignants et aux usagers. Les médecins sont destinataires par l'intermédiaire du bureau de la CME du bilan RSMQ, des résultats des évaluations. Plusieurs moyens sont utilisés pour les professionnels : « info flash », diffusion des fiches d'EI et des actions proposées en COPILRISQ, des comptes rendus des instances dans l'intranet, réunions de services pharmacie... La communication auprès des usagers se fait par le livret d'accueil et par affichage dans le hall de l'établissement.

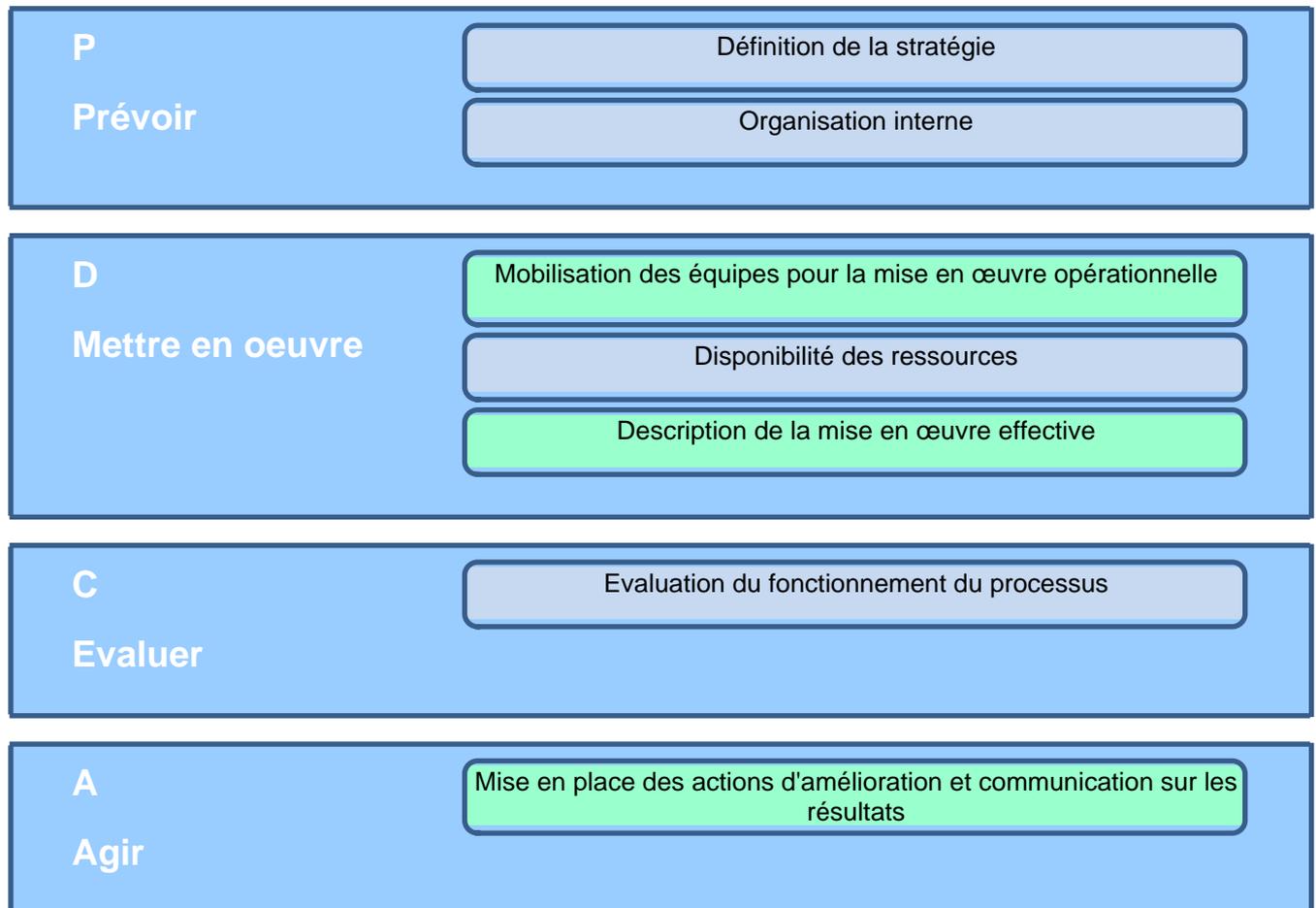
# PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

## 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**

L'établissement dispose d'une autorisation de médecine d'urgence et d'hélistation délivrée par l'ARS du Centre en août 2013.

Le service des urgences est situé au rez-de-chaussée du bâtiment A. L'accès est adapté aux personnes à mobilité réduite et/ou en situation d'handicap. L'entrée est constituée d'un accueil administratif, d'un box d'accueil IAO, d'une salle d'attente avec un espace réservé aux enfants.

Le service est constitué de plusieurs secteurs : secteur court (main, traumatologie avec 7 box individuels) ; secteur d'urgence cardiologique avec 6 box individuels ; secteur polyvalent 6 box individuels ; secteur d'hospitalisation de courte durée avec 8 chambres.

Chaque secteur bénéficie d'une infirmerie, les secteurs d'HTCD et secteur court bénéficient chacun d'une salle d'attente.

L'établissement a défini une politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés. Les axes stratégiques sont identifiés : commission des admissions et des consultations non programmées ; filières adaptées à des pathologies ou populations ; articulation entre la zone HTCD et les unités de soins ; optimiser la disponibilité des lits...

Ils sont le résultat d'une analyse des besoins, des missions (Réseau Territorial des Urgences du Loiret), du contexte (regroupement géographique de 6 établissements sur un même site). La réglementation, une démarche d'analyse a priori des risques prenant en compte les différentes étapes de la prise en charge du patient, les risques a posteriori (EI, audit, EPP, plaintes et réclamations, indicateurs), l'analyse des questionnaires de satisfaction sont les sources de données utilisées par l'établissement.

La stratégie définie par le CODIR a été validée par le bureau de la CME, et présentée à la CRUQPC pour avis. Elle se décline dans un programme d'action formalisé avec des objectifs priorités. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions) et le programme d'action est articulé avec le PAQSS institutionnel.

**ORGANISATION INTERNE**

Le pilotage est dévolu à la commission des admissions et des consultations non programmées. Un règlement intérieur en fixe la composition (Président du Directoire, responsable du service des urgences et médecin coordonnateur) et les missions.

Les principes généraux de fonctionnement des urgences sont définis dans le règlement intérieur : différents modes d'entrées du patient, circuit du patient à l'intérieur du service des urgences, prise en charge des populations à risques, modes de sorties, besoins en ressources humaines...

Au regard de l'activité et du nombre de passage, les ressources humaines (effectifs et compétences) ont été définies ainsi que les besoins en formation (Plan de formation 2016 : prise en charge urgence vitale, gestes d'urgences, IAO, AFGSU2).

L'établissement a identifié les ressources documentaires nécessaires (en fonction des pathologies, des populations, de l'afflux) sous forme de protocoles, de modes opératoires et de procédures (Accueil et prise en charge aux urgences, fiche d'orientation IAO, prise en charge du patient sur le circuit court "main", procédure relative au déclenchement du plan blanc ou à une situation de crise). Les procédures sont formalisées, réactualisées, validées. Les besoins en information ont aussi été identifiés : gestion administrative informatisée, dossier patient électronique spécifique

Les locaux mis en service en 2013 sont conformes à la réglementation, avec des box individuels et les équipements appropriés à l'activité (ECG, urgences vitales, orthèses, matériels de surveillance dans les box). La maintenance préventive et curative des matériels médicaux est organisée.

Une organisation est en place pour le recours à des spécialistes en interne ou en externe ainsi que permettre la connaissance et l'analyse de la disponibilité des lits d'hospitalisation en temps réel. Un partage de compétences est organisé au sein du territoire de santé avec le CHR et les autres établissements privés. Les interfaces avec les secteurs d'hospitalisation et les secteurs médico-techniques sont organisées (EOH, pharmacie, biologie, radiologie, transports, admissions, cellule de régulation), ainsi que les commandes de repas et les collations.

Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés:

- organisation des filières sécurisées en lien avec le SAMU-centre 15
- organisation de la prise en charge directe dans les services pour certains patients (oncologie, gériatrie...)
- filières spécialisées pour la psychiatrie et la pédiatrie à partir de conventions signées avec des établissements référents.
- charte de fonctionnement entre la zone de très courte durée et les unités de soins.
- Cellule "parcours patient" permet en temps réel, 24h/24 d'avoir la disponibilité des lits.....

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Le secteur a décliné la démarche institutionnelle dans un plan d'action opérationnel et dans des objectifs (améliorer le flux des patients, optimiser les circuits court et long et sécuriser la prise en charge des patients, articuler la zone HTCD et les unités de soins). Les équipes sont informées des objectifs poursuivis et des actions à mener. Ces informations sont reprises dans la gazette mensuelle du service «A la une des urgences». Tous les mois, l'encadrement présente le suivi des indicateurs (indicateurs d'activité, nombre de EI, satisfaction des patients). Les responsables (médecin coordonnateur, encadrement) dispensent des actions de sensibilisation aux professionnels sur les risques identifiés qui relèvent de population de patients, de pathologies ou de situation exceptionnelles. Les responsables s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des évaluations sont conduites (audit mensuel réalisé auprès de 4 patients) et participation s'il y a lieu des professionnels aux CREX ; les professionnels sont informés des résultats ; ils déclarent les EI (75 en 2015, 47 fin mai 2016) et sont associés à l'identification des actions correctives.

### **DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en personnel et en compétence sont disponibles. Deux médecins urgentistes sont présents et un cardiologue en charge de l'accueil des urgences cardiologique. Les effectifs infirmiers (4 infirmiers) assurent une permanence 24H/24.

Un pool de remplacement peut intervenir en cas d'absence de soignants. Les tableaux de garde et d'astreinte des praticiens sont disponibles. Les coordonnées des spécialistes et des autres services d'urgence du territoire de santé sont affichées.

Des formations régulières sont mises en œuvre : formation aux gestes d'urgence, formation à l'accueil et à l'orientation des patients. Des ressources internes permettent d'organiser des ateliers de mise en situation d'une prise en charge d'une urgence vitale. Deux infirmières ont participé en mai 2016 à la journée "infirmière de médecine d'urgence. Les personnels nouvellement embauchés sont formés, ils bénéficient d'un tutorat de deux semaines. Un livret d'accueil leur est remis.

Les procédures et protocoles élaborés avec les équipes sont actualisés et disponibles et intégrés dans la gestion documentaire informatisée.

Tous les Box ainsi que les chambres d'HTCD, du service sont équipés de matériel médical.

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

Les organisations prévues sont mises en œuvre. La permanence des soins est assurée. Les interfaces sont opérationnelles. Les circuits sont respectés (circuit court pour la main et la traumatologie, circuit cardiologie avec axe rouge qui permet selon la nature de l'urgence d'amener directement patient dans l'unité de cardiologie interventionnelle, circuit polyvalent pour les autres urgences).

Les patients peuvent être placés dans le service d'HTCD, dans l'attente d'examen complémentaire ou d'un avis spécialisé. Un circuit d'entrée directe (personnes âgées ou patients à risque) est mis en œuvre. Les enfants sont accueillis en priorité. Une offre spécifique pour la prise en charge de soins non programmés directement dans les secteurs de soins (consultations, hospitalisations directes) est possible.

Les conditions d'accueil et les organisations répondent aux dispositions prévues. Les règles d'identitovigilance sont connues et appliquées par les professionnels lors de la rédaction des étiquettes et la pose du bracelet. Les box permettent de garantir la confidentialité ainsi que l'intimité des patients (box individuel). Cependant, la configuration du bureau de l'infirmière d'accueil et d'orientation des urgences ne favorise pas la confidentialité des propos échangés avec le patient. Le patient venant par ses propres moyens est accueilli par l'IAO dont le bureau est situé juste à l'entrée des urgences. Le questionnaire du patient se fait à travers un hygiaphone ne permettant pas de garantir la confidentialité de l'échange, surtout lorsque d'autres patients sont présents dans la zone d'accueil.

Le matériel d'urgence est contrôlé. La maintenance préventive et curative des équipements est assurée. Le nettoyage des salles fait l'objet de procédures. Le tri des déchets est effectif. Dans le cadre de la maîtrise des risques liés à l'environnement, des contrôles microbiologiques sont réalisés. Des dispositions sont prises concernant les risques professionnels (risque infectieux, vaccination, AES).

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les interfaces sont opérationnelles avec le service d'imagerie, de biologie, les secteurs d'hospitalisations.

La gestion administrative informatisée, interfacée avec un dossier patient informatisé, permet de tracer les temps d'attente, de prise en charge du patient (adaptation des plannings/pics d'activité). L'interface avec la cellule de régulation est opérationnel et permet de connaître en temps réel la disponibilité des lits d'hospitalisation.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'encadrement en lien avec la cellule Qualité assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Un audit mensuel est réalisé auprès de 4 patients. Les temps d'attente et de passage sont évalués. Le degré d'urgence est pris en compte. Des indicateurs quantitatifs (nombre de passages, de mutations, de transferts, de réorientations, de passage en HTCD) et qualitatifs (type de PEC, nombre de réclamations relatives aux urgences, satisfaction des patients, mode d'entrée et mode de sortie) sont suivis. Le service des urgences intègre le système de signalement et de traitement des événements indésirables.

Les résultats sont repris dans un tableau de bord et présentés mensuellement en CODIR.

Pour certaines données des taux cibles sont définis (taux de retour des questionnaires de satisfaction, taux de satisfaction, de prise en charge de la douleur, délais d'attente).

Un rapport d'activité annuel est fait par la Direction.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre en lien avec les évaluations, les risques identifiés et les besoins.

La prise en charge des patients ré orientés a conduit à une action d'évaluation : évaluer leur nombre et leur typologie et formalisation d'une procédure avec un arbre décisionnel pour la réorientation ; la prise en charge des urgences hors unité de soins a conduit à la constitution d'un sac à dos d'urgence comprenant notamment un défibrillateur. Ces actions sont traitées en mode projet : un responsable, une planification dans des délais fixés ; elles sont intégrées dans le programme d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Les résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont communiqués en interne aux professionnels du secteur (réunions de service, gazette mensuelle, affichage), aux instances associées (CME, CODIR). Les usagers sont informés lors des réunions de la CRUQPC. Les indicateurs IQSS sont également diffusés aux usagers.

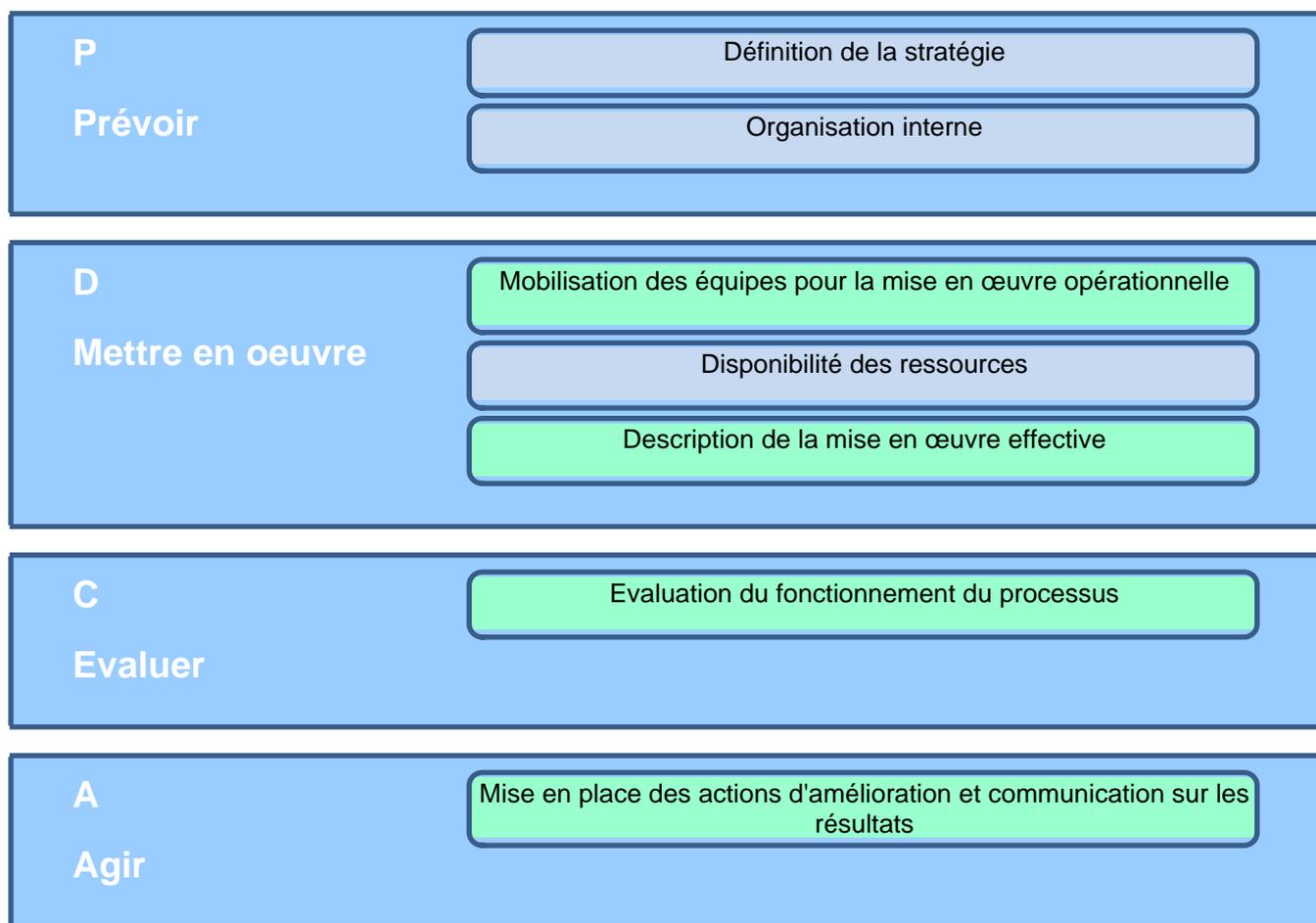
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 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 structure dispose de deux blocs opératoires. Un bloc opératoire au rez-de-chaussée et un bloc au premier étage. 24 salles d'intervention (12 salles au RDC et 12 salles au 1er) et un bloc obstétrical de 5 salles. 16 anesthésistes et 11 IADE. 1 salle de réveil pour chaque bloc (22 places au 1er et 14 places au RDC). Le bloc opératoire 0 est réservé à la cardiologie interventionnelle, à la chirurgie de la main, à l'ophtalmologie et à l'endoscopie.

L'établissement a défini sa stratégie : garantir la sécurité et la qualité de prise en charge de tous les patients dans la phase péri opératoire que ce soit en activité programmée comme en urgence, sur l'ensemble des spécialités autorisés au sein du Pôle Santé Oréliance (PSO), suivant les orientations inscrites dans le CPOM, le projet médical et le projet de soins.

L'établissement a identifié ses risques au regard du contexte (regroupement de 6 établissements), de ses activités, des orientations régionales et des obligations réglementaires. Une cartographie des risques a priori et a posteriori est en place. L'établissement a utilisé les données des fiches d'évènements indésirables (EI), les retours des professionnels, les résultats des indicateurs et des évaluations. Les risques sont hiérarchisés. Les risques liés aux types de prise en charge, au processus interventionnel, aux types de population, aux processus supports sont pris en compte.

La stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé dont les modalités de mise en œuvre sont définies (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions). Ce programme est articulé avec le PAQSS. Il a été validé par le CODIR et la CME.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste et des fiches de mission. Le pilote institutionnel est la Directrice des plateaux techniques et les pilotes opérationnels sont les cadres des blocs. Le management organisationnel s'appuie sur une commission de bloc et une cellule de régulation.

Au regard des chirurgies pratiquées, de l'activité et des risques, le secteur a identifié ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires :

- Des formations sont organisées et proposées dans le plan de formation. La gestion des compétences est organisée au regard des qualifications exigibles.

- Une démarche qualité documentée et validée est en place. Les documents identifiés couvrent le management des risques (annonce d'un dommage lié aux soins, gestion des événements indésirables), les processus supports (bionettoyage du bloc, système d'information), les processus interventionnels (PEC du patient en pré, per et post opératoire, préparation cutanée), l'ambulatoire (PEC en ambulatoire, appel de la veille, appel du lendemain).

- Les besoins en matériel et en équipements ont été identifiés ainsi que les plans de maintenance associés

L'organisation est formalisée dans une charte de fonctionnement du bloc opératoire validée par le bureau de la CME. Dans la charte figurent les circuits de prise en charge, les missions et les responsabilités du responsable, la place des entités régulatrices.

L'organisation interne de l'ambulatoire est similaire. Un responsable avec une fiche de poste est en place. Un médecin coordonnateur de l'ambulatoire est désigné. Une charte de fonctionnement est présente. Les besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires ont été identifiés. Un passeport de l'ambulatoire est donné à chaque patient. Les procédures de l'appel à J-1, de l'appel du lendemain et de l'échec de l'ambulatoire sont formalisées.

Les interfaces et les circuits sont organisés avec les secteurs cliniques, les secteurs médico techniques, les secteurs logistiques et les secteurs administratifs. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

En déclinaison du plan d'actions institutionnel un programme d'actions préventives et de surveillance est en place. Les professionnels font l'objet d'une sensibilisation et d'une information régulière. Des évaluations périodiques des activités et du niveau de connaissance et d'appropriation des professionnels sont menées. La conformité des pratiques est contrôlée. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Les professionnels déclarent les EI (151 en 2015) et sont impliqués dans l'identification des actions correctives.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles au bloc opératoire et en ambulatoire. Les effectifs sont suffisants. La sécurité anesthésique est assurée. Des actions de formation sont mises en oeuvre. Un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants est en place et des dispositions sont en place pour palier aux absences. Les praticiens utilisateurs des rayonnements ionisants sont tous compétents en radioprotection des patients. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures validées et en cours d'actualisation, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues. Les procédures sont disponibles soit sur papier soit dans le logiciel de gestion documentaire avec accès sécurisé.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont disponibles.

Un biomédical est sur site. Les ressources matérielles sont disponibles avec une maintenance curative et préventive assurée. Des chariots d'urgence vitale sont disponibles en salle de réveil et en ambulatoire avec un matériel adapté à la prise en charge des enfants (SSPI).

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient au bloc opératoire et en ambulatoire sont mis en oeuvre conformément aux règles consultables dans les chartes de fonctionnement.

L'information du patient est mise en oeuvre. La check-list "sécurité du patient au bloc opératoire" est renseignée. La coordination des professionnels est assurée. Un système de garde et d'astreinte est en place et la continuité des soins est assurée au bloc et ambulatoire. Les conditions de prise en charge en SSPI sont conformes aux organisations prévues. Cependant, le circuit des professionnels dans l'enceinte du bloc ne respecte pas le principe de la marche en avant. Au niveau des vestiaires, il existe un croisement propre sale.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée. Les prises en charge per et post opératoire (SSPI) sont tracées.

Les interfaces et les circuits entre les secteurs et les professionnels (salle de réveil, ambulatoire, médico-technique, laboratoires) sont opérationnels et permettent l'échange d'information sur la prise en charge péri opératoire et la recherche de la satisfaction des partenaires du bloc. L'investigation sur le terrain a permis également de constater que l'échange d'informations nécessaires à la prise en charge du patient n'est pas toujours organisé entre le bloc et les secteurs d'activité clinique (consultation pré anesthésique). L'indicateur DAN 2014 se situe en dessous du seuil et avec une baisse par rapport à 2011. Par rapport à l'indicateur, l'investigation en visite note une évolution favorable concernant certains critères (identification du médecin anesthésiste en phase pré anesthésie, le traitement habituel, l'évaluation du risque anesthésique, le type d'anesthésie proposée, l'autorisation de sortie et les prescriptions post anesthésique). On ne retrouve pas toujours dans les dossiers d'anesthésie consultés l'indication du nom de l'anesthésiste qui a réalisée la consultation de pré anesthésie, la trace de la visite pré anesthésique, la trace de l'évaluation des conditions d'abord des voies aériennes supérieures et la trace de l'évaluation de la nécessité d'une antibioprofylaxie.

Le bio nettoyage des locaux est mis en oeuvre. Les opérations de maintenance sont tracées. La gestion des déchets et des matériels est effective. L'air, l'eau, les surfaces sont suivies périodiquement avec édition de rapports.

La programmation opératoire est hebdomadaire. Elle fait intervenir la cellule de régulation et est soumise à validation. Afin de garantir l'adéquation de mise à disposition des ressources au regard de l'activité un point est réalisée systématiquement à -48h. L'informatisation du processus de planification des programmes opératoires est en cours (ce que confirme la valeur de l'indicateur HN). La programmation actuelle fait l'objet d'une diffusion à l'ensemble des secteurs de la structure.

En ambulatoire les appels des patients à J-1 et à J+1 sont effectués et tracés dans le dossier. L'accueil en UCA est optimisé (arrivées au fil de l'eau). Les professionnels ont accès aux informations en temps réel (logiciel patient, programme opératoire...). Les consignes à suivre au retour sont réitérées et tracées. L'ensemble des documents nécessaires au suivi de sa prise en charge est remis au patient. Les informations de sortie sont tracées. La validation de la sortie du patient est tracée.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation est en place. Des indicateurs quantitatifs (nombre d'actes, ouverture/fermeture des salles, taux de programmes transmis dans les délais, taux d'occupation des salles) et des indicateurs qualitatifs (IPAQSS, satisfaction concernant la prise en charge, conformité du remplissage de la fiche de pré désinfection, conformité fermeture des salles) sont suivis.

Le recueil et l'analyse des EI (bloc : 151, ambulatoire : 70) avec implication des professionnels et retour d'expérience est en place.

Des actions d'évaluation sont conduites : RMM (7 en 2015), REX en lien avec les EI. Sont également pris en compte les analyses et les actions correctives retenues dans les différents comités transversaux : CLIN, CLUD, COMEDIMS et CIV. Cependant, la mise en oeuvre de la check-list n'est pas évaluée. La check-list n'est pas toujours signée par l'ensemble des intervenants. Le respect du time out n'est pas connu.

Un rapport d'activité des blocs opératoires et de l'ambulatoire est établi annuellement.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en place avec les professionnels au regard des évaluations et des risques identifiés (mise en place d'une feuille avec le score d'Aldret en sortie de SSPI, feuille de traçabilité « ATNC » pour les endoscopes, uniformisation des compositions en gynécologies et en urologie...). Dans le cadre du suivi du compte qualité et des plans d'action, des actions d'amélioration ont été mises en œuvre (circuit des déchets). Les actions sont articulées avec le PAQSS institutionnel.

La communication est assurée. Les résultats et les actions d'amélioration sont diffusés aux professionnels (flash info, intranet, logiciel de gestion documentaire, lors de réunions de service). Les usagers sont destinataires des résultats des indicateurs.

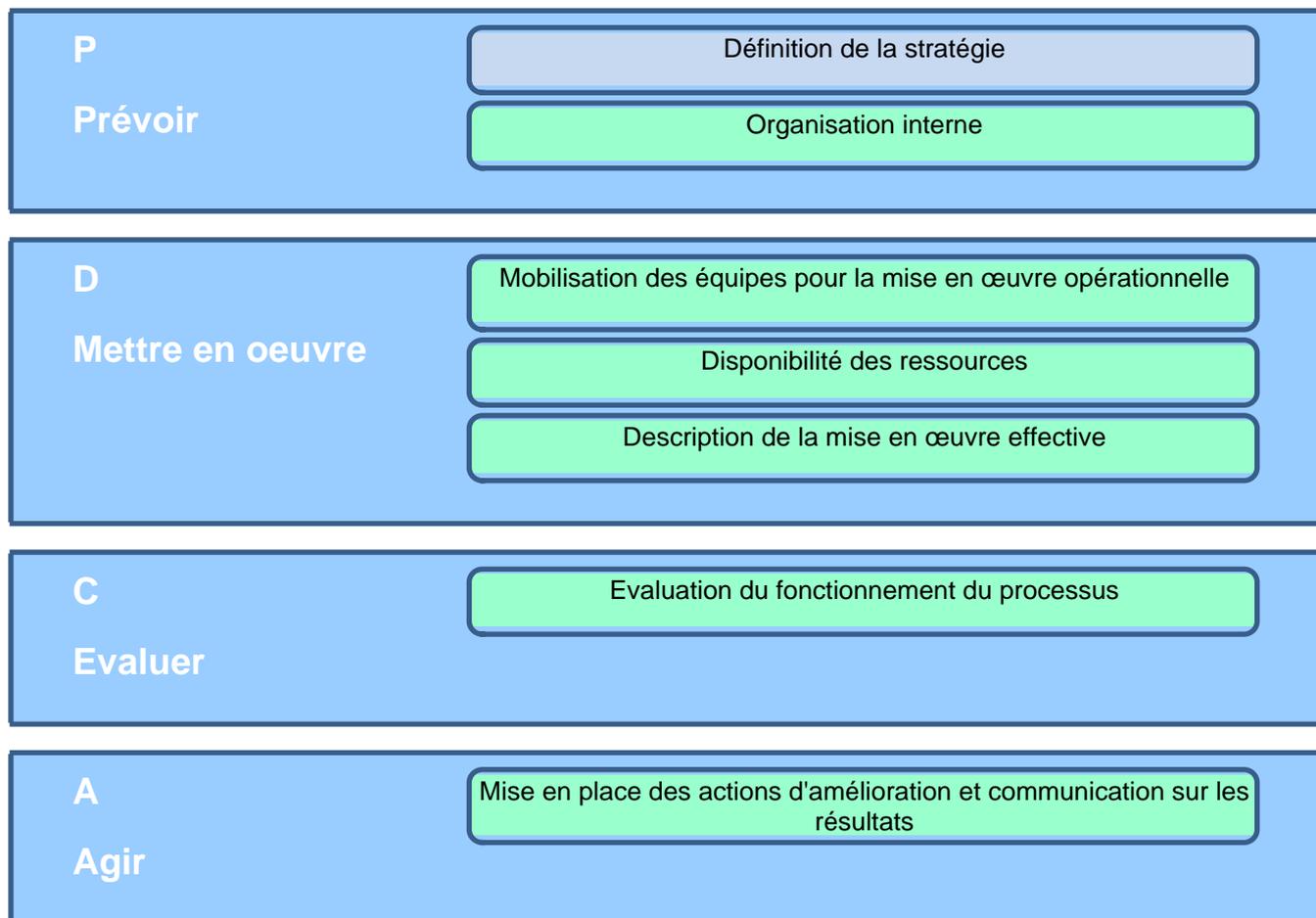
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La radiologie interventionnelle est positionnée au bloc RDC. 3 salles sont dédiées. 1700 actes environ sont réalisés par an. 1 salle est dédiée à l'électrophysiologie. Les salles 7 et 9 sont réservées à l'exploration des coronaires et au traitement des cardiopathies ischémiques. Une fois par semaine 1 salle est réservée à l'endovasculaire périphérique.

La politique du secteur s'inscrit dans le management global du bloc opératoire. La stratégie est définie et formalisée dans un document politique. Elle est le résultat d'une identification des risques, de la prise en compte du contexte et des missions. Une cartographie avec analyse a priori des risques est suivie. Les risques liés au type de prise en charge, au processus interventionnel, aux processus support et aux différentes populations prises en charge sont pris en compte, ainsi que les événements indésirables (EI), les retours des professionnels et les résultats des évaluations.

Les risques sont hiérarchisés avec la participation des professionnels concernés.

La stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé, priorisé. Les modalités de suivi sont détaillées (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions). Le bloc, la Direction, le service qualité et la CME ont été associés à l'identification des objectifs. Le programme d'action est articulé avec le compte qualité et avec le PAQSS institutionnel.

#### ORGANISATION INTERNE

L'activité du secteur est coordonnée par un IDE référent sous la responsabilité de la Directrice des plateaux techniques, pilote du processus et membre du CODIR. Ses missions et ses responsabilités sont formalisées. Le pilotage du secteur associe la commission du Bloc et la cellule de régulation. Des PCR au bloc opératoire, en radiologie interventionnelle sont en place sous le contrôle d'un PCR de l'établissement et d'une PSRPM (Personnes Spécialisées en Radiophysique Médicale) pour l'activité d'imagerie interventionnelle.

Au regard des risques identifiés, les besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires ont été identifiés :

- Des formations sont organisées et proposées dans le plan de formation. La gestion des compétences est organisée au regard des qualifications exigibles.

- Une démarche qualité documentée et validée est en place (référentiel « Organisation de la radioprotection » ; suivi dosimétrique et déclaration des EI en radioprotection, utilisation de la dosimétrie passive et active, information destinée au personnel du bloc exposé aux rayonnements ionisants...). Le plan de coordination générale est élaboré. Les documents sont sur papier et sur informatique. Cependant, les règles de radioprotection et supports de sensibilisation à la radioprotection ne sont pas tous formalisés (Prise en charge de l'employée enceinte susceptible d'être exposée aux rayonnements ionisants, information individuelle destinée au personnel exposé aux rayonnements ionisants, dépliant grossesse et rayonnements ionisants...).

- Les besoins en matériel et en équipements ont été identifiés ainsi que les plans de maintenance associés.

- Le système d'information est structuré. L'accès à l'outil informatique est organisé.

Les interfaces et les circuits sont organisés (secteurs cliniques, médico-techniques, logistiques, administratifs) selon un schéma identique au reste du bloc opératoire.

L'organisation est formalisée dans la charte de fonctionnement du bloc opératoire validée par la Direction et le bureau de la CME.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Un programme d'actions préventives et de surveillance est en place.

Les professionnels font l'objet d'une sensibilisation et d'une information régulière (Radio protection des patients, radio protection du personnel, traçabilité, utilisation des outils de radioprotection, circuits). Des évaluations périodiques des activités et du niveau de connaissance et d'appropriation des professionnels sont menées. La conformité des pratiques est contrôlée. Les résultats sont communiqués aux professionnels. Les professionnels déclarent les EI (13 EI en 2015) et sont impliqués dans l'identification des actions correctives.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans le secteur de radiologie interventionnelle.

Les effectifs sont adaptés : personnel dédié et formation spécifique de soignants du bloc susceptibles d'

être amenés à participer à l'activité de radiologie interventionnelle. Un PCR est nommé. Un biomédical est sur site. La sécurité anesthésique est assurée.

Des actions de formation sont mises en oeuvre (radioprotection des patients et des professionnels, nouveau matériel). Tous les professionnels soignants sont formés aux règles de radioprotection des travailleurs. Tous les médecins utilisateurs des rayonnements ionisants sont compétents en radioprotection des patients. Un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants est en place.

Les matériels et équipements en lien avec l'activité sont disponibles (équipements radiologiques, tabliers de plomb, lunettes, cache thyroïde, écran facial, bagues...). Les outils de suivi dosimétrique sont également disponibles : dosimétrie passive, dosimétrie active, dosimètres ambiants). Les salles sont équipées de dispositifs de reconnaissance d'une zone à émission de rayonnements ionisants (Trèfle de couleur, témoin lumineux). Les procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire ou sur papier. Les fiches d'expositions ont été mises à jour pour tous les travailleurs salariés ou non.

Le système d'information spécifique à la cardiologie interventionnelle est accessible depuis les postes informatiques ainsi que le logiciel « dossier patient ».

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient en radiologie interventionnelle sont mis en oeuvre.

Les activités sont régulées (intervention de la cellule de régulation) afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.

L'information du patient est assurée (consentement, bénéfique/risque), avec contrôle d'identité et mise en oeuvre de la check-list sous la responsabilité du soignant coordonnateur. Dans le dossier figure les données relatives à l'irradiation du patient (dose reçue, temps d'exposition). Les bonnes pratiques de préparation du malade sont respectées (allergie à l'iode, prévention de l'IR, préparation cutanée). Les bonnes pratiques en matière de radioprotection sont mises en oeuvre : radioprotection des travailleurs (utilisation des équipements de radioprotection individuelle et collective), radioprotection des patients (dose reçue, temps d'exposition, procédure du suivi à partir d'un seuil d'alerte).

La coordination des professionnels est effective.

La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes incluant les vérifications effectuées est assurée.

Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles.

La maintenance est mise en oeuvre et les opérations de maintenance sont tracées. Le bio nettoyage des locaux est assuré. La gestion des déchets et des matériels est effective. L'air, l'eau, les surfaces sont suivies périodiquement avec édition de rapports.

Le zonage est effectif de même que l'identification des zones réglementées des rayonnements (signalisation optique). Des trèfles de couleurs sont apposés sur les portes des salles avec appareils émetteurs de rayonnements ionisants (zones réglementées et zones spécialement réglementées). Les dosimétries des patients, les dosimétries des professionnels et le temps d'exposition des patients sont suivies.

Les préconisations de l'ASN ont été prises en compte et suivies. Le travail en collaboration avec le médecin du travail est effectif (étude de poste, classification et suivi du personnel, suivi des dosimétries passives et actives).

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est articulé autour du suivi annuel des données dosimétriques des patients et des professionnels et des contrôles qualité du matériel. Des indicateurs quantitatifs (nombre d'actes, taux d'occupation des salles...) et qualitatifs (niveau de référence par examens, suivi dosimétrie opérationnelle du personnel) sont suivis. Les EI sont recueillis et analysés avec un retour organisé aux professionnels (13 déclarations en 2015). Des évaluations ponctuelles sont menées (port des dosimètres).

Le secteur fait l'objet d'un rapport d'activité.

## A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration (nomination de 2 IDE PCR pour l'ensemble du bloc afin de garantir la continuité des surveillances ; nomination d'un IDE PCR dédié à la radiologie interventionnelle autre que l'IDE référent du secteur, uniformisation des pratiques d'ouverture de salles...) conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions

institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

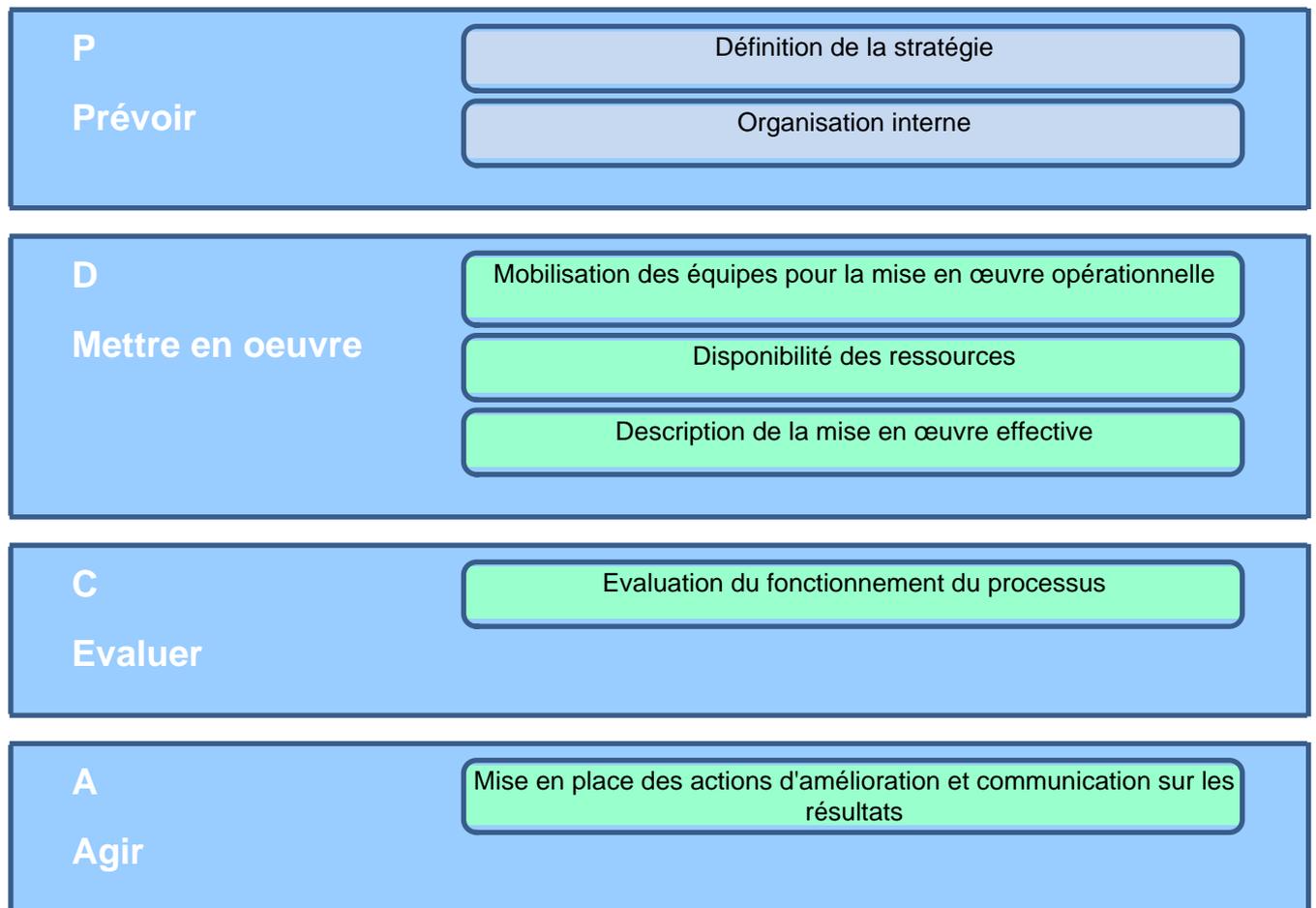
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur endoscopique est localisé au bloc opératoire du RDC. L'établissement réalise des endoscopies digestives, bronchiques, transoesophagiennes et des endoscopies interventionnelles. Le secteur comprend 2 salles d'examen et un local de traitement des endoscopes avec 2 laves endoscopes et 2 paillasse avec bacs pour le lavage manuel des endoscopes. Environ 4000 actes sont effectués dans l'année.

La politique du secteur d'endoscopie s'inscrit dans le management global du bloc opératoire. Un document politique 2016 formalise les orientations prioritaires définies sur la base d'une identification des risques et des besoins.

Une cartographie des risques a priori complète les sources de données utilisées par l'établissement pour identifier et analyser ses risques (fiches d'EI, retours des professionnels, indicateurs...). Les risques sont hiérarchisés avec les professionnels concernés et déclinés dans un programme institutionnel d'action. Le programme est articulé avec le PAQSS de l'établissement. Les modalités de mise en œuvre du programme sont définies (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions). Les instances concernées (CLIN, EOH, CODIR, COPILRISQ) ont été consultées. Dans le compte qualité sont présents les risques prioritaires.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilote est le cadre du bloc opératoire du RDC. Ses missions et ses responsabilités sont formalisées. Le pilotage du secteur associe le Directeur des plateaux techniques (pilote institutionnel en charge de la mise en œuvre du programme d'action), la commission du Bloc et la cellule de régulation.

Les besoins et les ressources nécessaires ont été identifiés. Des formations endoscopie et risque infectieux en lien avec l'activité sont inscrites au plan de formation. Les besoins en compétence et en qualification ont été définis.

La prise en charge du patient en endoscopie est formalisée. Les différentes étapes de l'examen endoscopique sont écrites. Le secteur a identifié les procédures concernant le circuit du patient, l'utilisation de la check-list, l'information du patient, la recherche du risque ATNC. Les procédures concernant les risques professionnels sont également formalisées. Il existe des procédures sur la désinfection des endoscopes et sur la désinfection manuelle.

Les besoins en matériels sont définis. Il y a un parc d'endoscopes et le renouvellement des endoscopes est organisé.

Les interfaces et les circuits sont organisés pour permettre l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

La démarche institutionnelle est déclinée dans un programme d'actions préventives et de surveillance, avec des objectifs précis et opérationnels.

Le cadre sensibilise les professionnels sur les risques identifiés (traitement des endoscopes, circuit de désinfection, compétence du personnel, risque infectieux). Elle s'assure de la conformité des pratiques et dispense des actions de formation et d'évaluation concernant le respect des bonnes pratiques et des procédures. Les professionnels sont informés des résultats des évaluations et ils déclarent les EI (10 en 2015).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec l'activité. Les professionnels en poste sont formés au traitement des endoscopes. En salle d'examen les aides endoscopistes ont la qualification requise.

La documentation est disponible dans la GED et sur papier. Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, issues de bonnes pratiques reconnues.

Le parc d'endoscopes permet de répondre aux besoins de l'activité. Des coloscopes, des fibroscopes (gastriques et pulmonaires), un fibroscope pédiatrique, des équipements associés (colonnes vidéos, plasma argon..) sont disponibles. Les lieux de stockage avec une armoire séchante et les équipements de désinfection (2 laves endoscopes et 2 paillasse) sont adaptés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations prévues sont mises en oeuvre. Le cadre assure la régulation de l'activité d'endoscopie en lien avec la cellule de régulation, y compris la prise en charge des urgences et les examens réalisés au lit du malade en USC avec du matériel dédié à cet effet 24h/24, 7J/7.

La conformité des locaux permet le respect de la marche en avant (accès unique à la salle de traitement ; sas entre les salles d'examen et la salle de traitement n'autorisant que le passage des endoscopes sales).

Les risques liés au matériel sont maîtrisés : respect des procédures (lavage manuel et désinfection dans les laveurs) ; maintenance préventive et curative de l'ensemble du matériel.

Les risques liés à l'environnement sont contrôlés (bio nettoyage des salles ; contrôle microbiologiques des locaux ; qualité de l'air en salle de traitement, tri des déchets).

Les risques liés au patient sont contrôlés et les procédures sont mises en œuvre : information du patient (consentement, réflexion bénéfique/risque, consignes à suivre avant) ; suivi post examen en SSPI ; information en cas de dommages liés à l'examen endoscopique. Cependant, l'évaluation des risques liés aux ATNC n'est pas toujours mise en œuvre. Les dossiers consultés ne comportent pas toujours la recherche de cas suspects ou avérés d'encéphalopathie spongiforme transmissible (EST). Et la check-list propre à l'endoscopie n'est pas toujours validée par l'ensemble des intervenants. Elle est mise en œuvre, toujours signée par le coordonnateur soignant mais la signature des autres intervenants n'est pas toujours présente.

Les risques professionnels font l'objet de dispositions : protection vis à vis du risque chimique, vaccination, AES...

La traçabilité des actes et du traitement des endoscopes est assurée (actes, endoscopes, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles).

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

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés. Le secteur a été audité : audit de pratiques (désinfection des endoscopes, tenues professionnelles, environnement salle de lavage). Des indicateurs quantitatifs (nombre d'endoscopies par spécialités, nombre de pannes) et qualitatifs (taux de conformités/parc endoscopes) sont suivis.

Des actions d'évaluation sont menées (EPP : harmonisation des pratiques en gastro entérologie « Gastro-team »).

Les professionnels déclarent les EI (10 déclarations en 2015); ils sont associés à l'analyse des EI et font l'objet d'un retour d'information.

Des bilans d'activités sont réalisés régulièrement.

## **A / AGIR**

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

Les résultats des évaluations et les risques identifiés dans le Compte Qualité ont conduit à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Les actions d'amélioration sont intégrées au PAQSS. Des supports et des modalités de diffusion sont établis. Les usagers sont destinataires des résultats des indicateurs. Les professionnels et les instances associées sont informés.



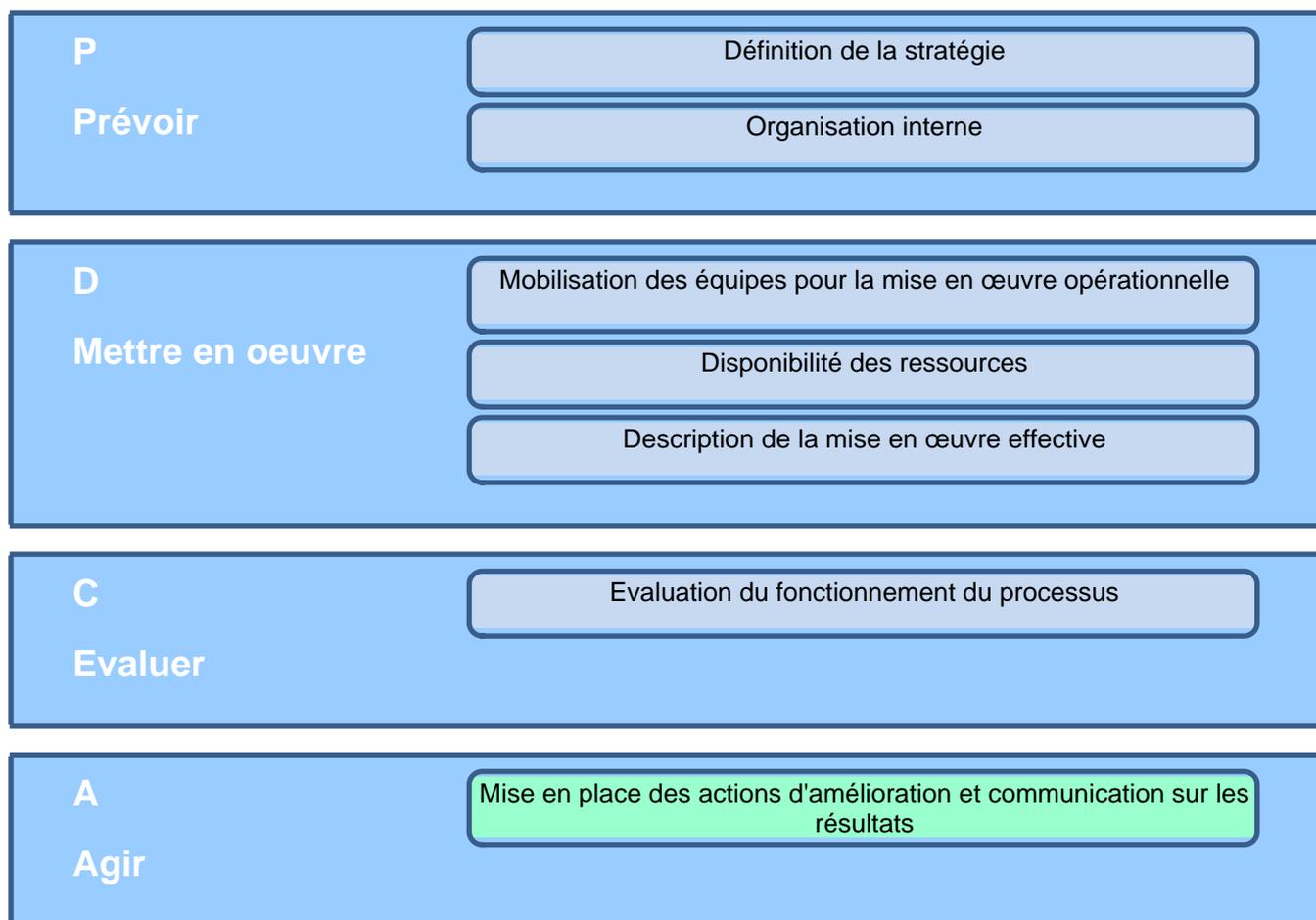
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La maternité du Pôle Santé Oréliance est une maternité de niveau 2A. Elle est composée de trois secteurs : Un plateau technique (salles de travail et de pré travail, salle de réanimation néonatale), un bloc obstétrical (3 salles), un secteur d'hospitalisation (38 lits et 6 lits de néonatalogie). La maternité est affiliée au réseau Périnat de la région Centre.

Une politique du management du secteur de naissance 2016 est définie. Elle s'inscrit dans un cadre juridique (décrets de périnatalité), dans une démarche de réduction des risques de morbi-mortalité évitable pour la mère et l'enfant et dans le cadre de l'affiliation au réseau Périnat. Elle est en cohérence avec la politique, les orientations et les valeurs de l'établissement.

Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des différentes étapes de la prise en charge de la mère/couple et de l'enfant, des risques propres au secteur de naissance, des recommandations professionnelles, des exigences organisationnelles, des résultats des évaluations ou contrôles, du suivi des indicateurs propres au secteur, des EPP, des indicateurs d'activités, du retour des parturientes, de l'analyse des EI et des réclamations. Les orientations stratégiques prennent en compte le niveau de risque fœto-maternel d'une maternité 2A. Les collaborations inter établissements sont formalisées.

Trois axes stratégiques sont définis et déclinés en objectifs opérationnels :

- Prendre en considération les demandes exprimées par les usagers et l'équipe pluridisciplinaire, en respectant le choix des femmes/couples.
- Améliorer la performance des organisations et des pratiques en privilégiant une approche transversale et pluridisciplinaire.
- Décliner ces objectifs en actions concrètes : cartographie des risques, réunions pluridisciplinaires d'évaluation, indicateurs de suivi, amélioration de la qualité-sécurité de la prise en charge (démarche Initiative Hôpital Ami des Bébés).

Le processus « Pôle mère-enfant » est décrit dans un document, diffusé en gestion documentaire, en déclinaison de la politique « Management et organisation du secteur de naissance ». Il précise les différentes étapes et parcours de prises en charge.

La cartographie des risques et leur hiérarchisation ont été réalisés par les pilotes du processus, en lien avec le COPILRISQ et des professionnels de terrain, selon une méthodologie définie. A partir de cette cartographie, cinq principaux risques ont été identifiés et priorisés dans le compte qualité avec des objectifs et des plans d'action. Ces risques concernent l'hémorragie de la délivrance, l'infection maternelle au streptocoque A, la césarienne en urgence, erreur d'identité du nouveau-né, la réanimation du nouveau-né.

La politique du secteur de naissance est validée par la Directrice du pôle Mère-enfant, la référente Bloc obstétrical et le Président du Directoire du Pôle Santé.

La stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé, mis en œuvre et suivi (responsable pour chaque action ; planification dans des délais fixés ; modalités de suivi de chaque actions). Ce programme d'actions est articulé avec le PAQSS de l'établissement.

**ORGANISATION INTERNE**

Une organisation est en place pour piloter le processus. Les pilotes sont la Directrice du Pôle mère-enfant (membre du CODIR, coordinatrice de la GDR Oréliance et membre du comité de pilotage du réseau de périnatalité) et la référente du bloc obstétrical. Les rôles et responsabilités de chacun sont définis dans des fiches de missions.

Le processus "Secteur de naissance" est décrit dans un document, diffusé en gestion documentaire. Une charte de fonctionnement du Pôle mère-enfant est en cours de validation.

L'établissement a organisé les ressources humaines en effectifs et en compétences nécessaires au fonctionnement du secteur de naissance (accouchement, hébergement, néonatalogie, bloc obstétrical, astreinte et gardes).

Des formations sont inscrites au plan de formation 2015 et couvrent les différentes activités et les différents métiers (réanimation du nouveau-né, allaitement maternel, réseau Périnat, Assises nationales des sages-femmes, congrès des puéricultrices, congrès des cadres sages-femmes, césariennes en urgence).

Un dispositif structuré de gestion documentaire intégrant les procédures définies et formalisées (procédures relatives à la prise en charge de la mère et de l'enfant) sont en place. Les protocoles sont élaborés et réactualisés en collaboration avec les équipes.

Les besoins en ressources matérielles (locaux, équipements, dispositifs médicaux) ont été identifiés. Les locaux sont récents. Les plans ainsi que les différents circuits, circulations et interfaces ont été travaillés en amont en association avec des professionnels de terrain de façon à optimiser les circuits et réduire la morbi-mortalité évitable pour la mère, l'enfant à naître ou le nouveau-né : circuit pour accouchement normal, proximité du bloc opératoire en cas de nécessité de césarienne (1 salle dédiée équipée d'une

salle de réanimation nouveau-né), entrée spécifique SAMU sur le secteur de naissance en cas de réanimation néonatale ou transfert.

Une commission Achats est en place. Un service biomédical est présent sur site. Les maintenances préventives ou curatives sont organisées.

Les collaborations sont organisées entre les différents professionnels intervenant dans le secteur de naissance : sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, obstétriciens pédiatres, anesthésistes en définissant les rôles et responsabilités de chacun pour les situations à risque.

Les interfaces sont organisées entre secteur de naissance, hébergement, néonatalogie, bloc opératoire, laboratoire de biologie, dépôt de sang et EFS, service des urgences et SAMU en cas d'éventuels transferts. Des conventions de transferts inter établissements sont formalisées, dont celle avec le SAMU.

Les circuits et les interfaces sont également définis avec les secteurs médico-techniques (pharmacie, laboratoire, imagerie, EFS), les secteurs logistiques (bio nettoyage, repas, linge, déchets), les secteurs prestataires ou administratifs (gestion administratives des patients, maintenance informatique et du matériel médical), entre CODIR, COPILRISQ et pilotage du processus Secteur de naissance.

## D / METTRE EN OEUVRE

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

Des plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison des objectifs institutionnels. L'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires ont été réalisés par les pilotes du processus, en lien avec des professionnels de terrain.

La directrice du pôle et la référente du bloc obstétrical assurent l'information des professionnels du secteur et veillent à leur mobilisation en les impliquant dans des démarches qualité-gestion des risques : cartographie des risques, incitation à la déclaration des EI, appropriation et mise en œuvre des protocoles, participation à des EPP, suivi d'indicateurs, implication dans des instances, implication dans la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance (traité de bientraitance en maternité, projet Initiative Hôpital Ami des Bébés).

Des réunions d'équipe sont organisées chaque semaine. Des réunions du Pôle mère-enfant chaque trimestre.

Les professionnels rencontrés sont informés des priorités retenues et des plans actions en cours.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues via le suivi d'indicateurs, la participation à des EPP (hémorragie du post partum, pertinence des césariennes non programmées), le recueil et l'analyse des EI, le suivi des plans d'action du PAQSS, la participation à des RMM obstétrico-pédiatrique et à des CREX.

La rétro information des professionnels sur les résultats (comptes rendus d'audits, résultats d'IQSS ou d'activité, résultats des enquêtes de satisfaction, bilan des événements indésirables) est assurée.

Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre en impliquant les professionnels concernés.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation avec l'activité du service. Une polyvalence est mise en place pour les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture afin qu'elles puissent intervenir sur les différents secteurs du Pôle.

Les listes des gardes et astreintes des praticiens (obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) sont communiquées au professionnels et actualisées en cas de besoin.

Des collaborations sont organisées entre les différents professionnels intervenant en secteur de naissance. Leurs rôles et responsabilités sont définis pour les situations à risques. Les formations inscrites au plan de formation 2015 et des formations internes sont suivies. Des simulations sur des situations d'urgence sont organisées de manière régulière pour maintenir les compétences des équipes (césariennes, réanimation du nouveau-né).

Les ressources documentaires adaptées et actualisées sont mises à disposition et connues des professionnels.

Les ressources matérielles répondent aux besoins (dispositifs pour la réalisation immédiate d'examens biologiques, tables de réanimation de néonatalogie, incubateurs, cardiocardiographes, échographes, chariots pour la prise en charge de l'hémorragie du post-partum). La vérification du matériel est assurée par les sages-femmes et une évaluation du parc matériel est faite une fois par an dans le cadre des investissements.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Chaque professionnel intervenant dans la prise en charge de la mère/couple et de l'enfant connaît l'organisation définie et met en œuvre les procédures et protocoles établis. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs opérationnelles : circuit pour accouchement normal, proximité du bloc opératoire en cas de césarienne, entrée spécifique SAMU sur le secteur de naissance en cas de réanimation néonatale ou transfert.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge de la mère et de l'enfant, en temps utile dans le dossier du patient, est effective. Le dossier informatisé permet l'accessibilité aux

données, à l'ensemble des professionnels du secteur. La surveillance du travail et l'analyse du rythme foetal sont tracés dans le partogramme (dossier papier).

La prise en charge de la mère et de l'enfant est établie en fonction d'une évaluation initiale de leur état de santé et de l'ensemble de leurs besoins, dans un délai compatible avec les exigences de leur prise en charge. La douleur est évaluée, l'analgésie obstétricale réalisée. La surveillance du post partum et la prévention de l'hémorragie sont mises en œuvre lors de la délivrance. Le transfert de l'accouchée vers les suites de couches est réalisé après examen de la mère. La prise en charge des parturientes est assurée avec bienveillance (traité de bientraitance).

L'accès au sang, à la biologie et à l'imagerie sont effectifs.

En cas de problème, la prise en charge en secteur adapté est assurée (néonatalogie, bloc opératoire, urgence, transfert).

Le soutien et accompagnement des parents sont assurés dans les situations difficiles (deuil notamment).

Les règles d'identitovigilance sont appliquées, y compris pour les femmes accouchant dans le secret.

La prise en charge de la mère/enfant est coordonnée lors de transmissions, staffs ou réunions pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles. Un maternologue intervient au Pôle mère-enfant. Les règles de présence, de garde et d'astreintes sont mises en œuvre afin d'assurer la permanence des soins 24h/24h.

Un dispositif de prise en charge des urgences vitales est opérationnel (chariot d'urgence, valise d'urgence pour l'hémorragie du post partum immédiat, procédures d'urgence en place, formations des professionnels et mises en situations effectives).

La sortie de la mère/enfant est organisée et la transmission des informations nécessaires à la continuité de la prise en charge, lors des transferts vers d'autres services ou structures, particulièrement en cas d'urgence obstétricale est mise en œuvre.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif structuré d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs est en place. Il permet une évaluation de l'ensemble du processus « Secteur de naissance ».

Les principaux indicateurs suivis concernent les événements indésirables, les IPAQSS (délivrance, post partum, hémorragie), les indicateurs de satisfaction, les indicateurs d'activité de la maternité.

Des EPP, RMM, CREX sont organisés avec la participation de professionnels.

L'indicateur concernant le taux de césariennes programmées ou non évolue favorablement, bien qu'encore au-dessus de la moyenne nationale (supérieure à 20%). Une EPP est en cours sur ce sujet.

Les évaluations réalisées alimentent un tableau de bord de suivi du processus.

Les pilotes du processus s'assurent de la maîtrise des risques identifiés et de la mise en œuvre des plans d'actions, en lien avec le COPILRISQ et le CODIR.

## A / AGIR

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

Le programme d'actions du processus est intégré dans le PAQSS de l'établissement qui fait l'objet d'un suivi et de réajustements lorsque les objectifs ne sont pas atteints.

Les risques résiduels sont analysés et génèrent la détermination de nouveaux objectifs d'amélioration.

L'information est relayée chaque semaine auprès des professionnels par les cadres et par le biais du journal interne (PSO - Flash info) et de l'intranet de l'établissement. Les résultats des indicateurs IPAQSS, taux de césariennes, satisfaction des usagers, événements indésirables sont partagés et servent de base de travail pour l'amélioration de la qualité des soins.

Les patients sont informés de la possibilité de consultation de certains indicateurs, à l'accueil de l'établissement.

Un site Facebook Oréliance Maternité permet aux parents d'exprimer comment ils ont vécu leur séjour et partager leur expérience.