



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CLINIQUE DU VAL D'OUEST -
VENDOME**

**39 chemin de la vernique
69130 Ecully
DÉCEMBRE 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	15
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	19
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	24
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	34

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLINIQUE DU VAL D'OUEST - VENDOME	
Adresse	39 chemin de la vernique 69130 Ecully
Département / région	RHONE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
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	690000195	SA CLINIQUE DU VAL D'OUEST - VENDOME	39 chemin de la vernique 69130 Ecully
Etablissement de santé	690780358	CLINIQUE DU VAL D'OUEST - VENDOME	39 chemin de la vernique 69130 Ecully

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	78	/	18
MCO	Gyneco-Obstétrique	79	/	/
MCO	Médecine	6	3	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Accréditation laboratoire COFRAC - Laboratoire CBM 69 Certification ISO Institut RHONALPIN
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Consultation pédiatrique non programmée

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 avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Parcours du patient

Dossier patient

Management de la prise en charge du patient en imagerie interventionnelle

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance
FONCTIONS SUPPORTS

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

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

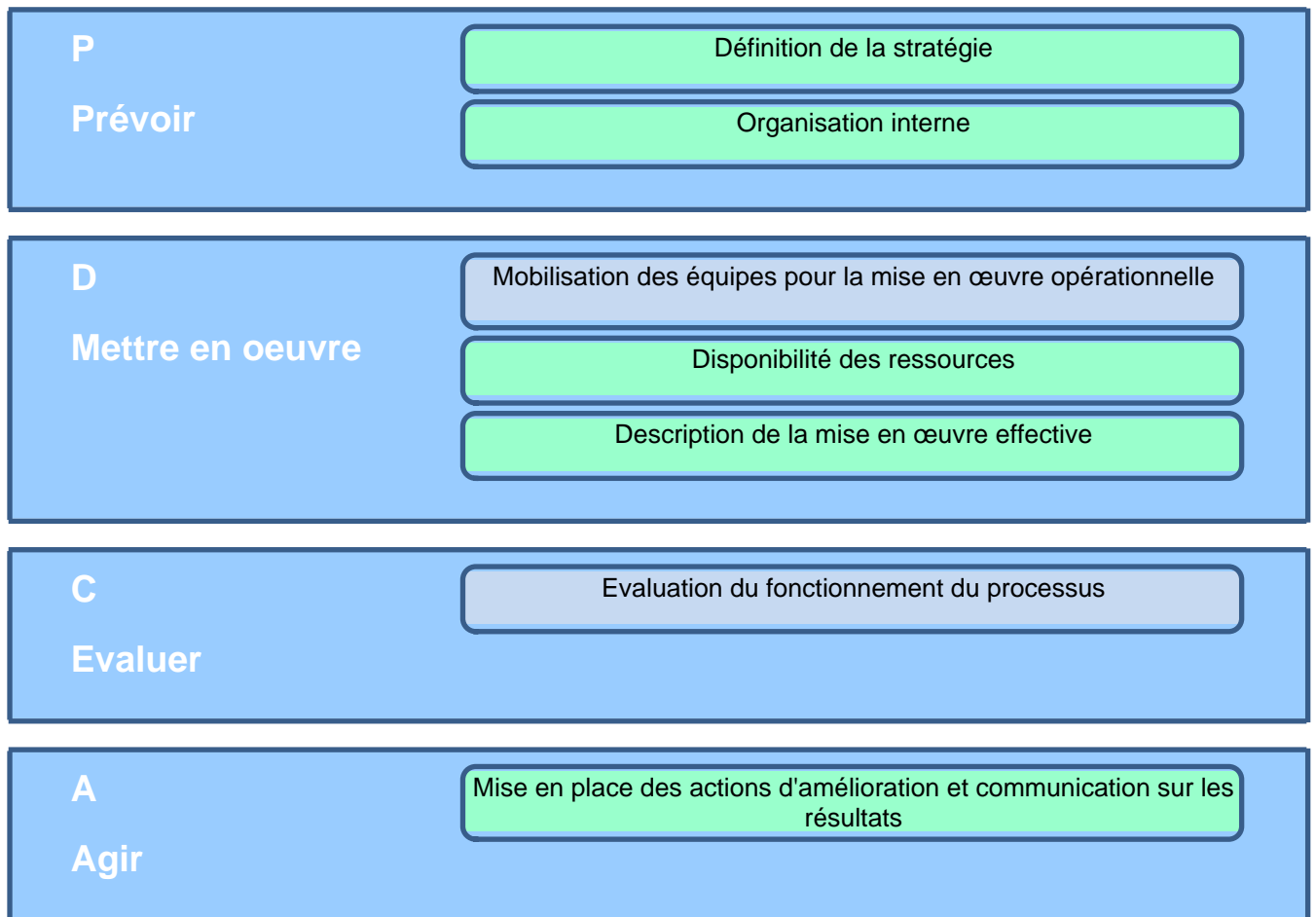
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maîtrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le cadre du rachat de la clinique en 2016 par le groupe OGER et de l'arrivée d'un nouveau directeur général, la clinique du Val d'Ouest a actualisé son projet qualité et gestion des risques intégré dans le projet d'établissement 2016-2020. Ce projet comporte 5 axes prioritaires d'amélioration :

1- Implanter la démarche qualité avec une approche processus suivant les 20 thématiques du manuel de certification.

2- Promouvoir le respect des droits aux patients / Renforcer la place de l'usager comme "acteur de la qualité"

3- Garantir aux patients un niveau de sécurité optimum

4- Favoriser et développer les évaluations des pratiques professionnelles

5- Poursuivre l'engagement dans la politique du développement durable

Ces axes prioritaires résultent de l'analyse des risques à partir des résultats de la certification V2014, des contrôles des tutelles, de l'analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations et de l'analyse des risques de la prise en charge des patients intégrant les secteurs à risque.

Ces objectifs sont déclinés dans un programme d'actions qui regroupe l'ensemble des actions des différentes thématiques, et qui intègre les exigences réglementaires, les actions issues de l'analyse des événements indésirables, des évaluations des pratiques professionnelles, des accréditations des médecins, de la commission des usagers.

Ce programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, articulé avec le compte qualité, est validé par le COPIL qualité, le comité de direction et la CME. Il est accessible à tous les professionnels via l'intranet.

ORGANISATION INTERNE

Le directeur de la clinique du Val d'Ouest, conjointement avec le président de la CME, décide de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers.

Le comité de pilotage définit ou réajuste les orientations de la politique qualité gestion des risques. La sous commission des EPP au sein de la CME est chargée de la politique des EPP.

La démarche qualité et gestion des risques est pilotée par la responsable qualité qui est également coordonnateur des risques associés aux soins, en liaison avec la direction des soins et les différents comités et commissions en place. Le Comité de pilotage qualité gestion des risques se réunit deux fois par an pour valider le programme qualité et en faire le bilan.

Les cadres et les équipes opérationnelles sont garants de la culture qualité et gestion des risques sur le terrain.

Un organigramme décrit les liens fonctionnels entre ces différents acteurs.

Comme pour chaque processus, une fiche d'identité du processus de management de la qualité gestion des risques est formalisée avec les objectifs, les pilotes, leurs missions, les comités et les groupes de travail concernés, les données d'entrée et de sortie, ainsi que les interfaces, les modalités d'évaluation et les actions.

La clinique a défini un plan de formation des professionnels sur le management de la qualité concernant l'ensemble des services.

Le système de gestion documentaire est structuré via un logiciel, et les équipements nécessaires à la mise en œuvre de la démarche qualité gestion des risques sont intégrés dans le plan d'investissement (logiciels informatiques par exemple).

La coordination de la démarche qualité gestion des risques entre les instances est décrite dans le manuel qualité (composition, missions et fonctionnement) : cellule qualité, revue de direction, revue d'exploitation (rex), comité de gestion des risques et des vigilances, cellule de crise, instances opérationnelles (Clin, Clud, Clan, Commission des usagers, comité d'éthique, comité de sécurité transfusionnelle, comité d'identitovigilance, commission des évaluations de pratiques professionnelles, commission des médicaments et des dispositifs médicaux élargie, revues de morbidité mortalité).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes repose sur l'implication des cadres qui participent aux différentes instances et groupes de travail. Elles sont chargées de la mise en œuvre des actions qui les concernent (par

exemple sensibilisation des équipes et enquête sur la bientraitance).
 Des plans d'actions pour les services notamment à risque sont définis et intégrés dans le Programme d'amélioration qualité. Les professionnels rencontrés ont exprimé leur participation dans des actions telles que la mise en place de la charte de la prise en charge de la personne âgée, la procédure de prévention du risque d'enlèvement des bébés. L'implication des équipes dans les EPP est effective, comme par exemple la prévention du risque suicidaire, la diminution du stress préopératoire des enfants avec les Ptitis Doudous du Val d'Ouest. Les professionnels participent également aux audits (CLIN, CLUD) et aux revues de morbidité mortalité. Les cadres communiquent sur les résultats des audits, les indicateurs, la démarche qualité. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et aux procédures et protocoles. Des référents (CLIN, CLUD, CLAN etc.), déployés dans les secteurs, mobilisent les équipes en dispensant des informations ou des sensibilisations, ou par l'intermédiaire des audits.
 L'organisation de la communication sur la démarche qualité passe également par les cadres de service au moment des réunions de service ou des relèves.
 Concernant le corps médical, la responsable qualité intervient régulièrement en CME. Le président de CME relaie les informations aux praticiens via les contacts quotidiens et les mails. Une CME plénière tous les six mois permet de faire le point sur les résultats des indicateurs et la démarche qualité, les sujets liés à la prise en charge médicamenteuse, la prévention des infections nosocomiales et les EPP. Des CME restreintes ciblées sur des sujets spécifiques facilitent la mobilisation des médecins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en formation qualité gestion des risques sont disponibles au sein de la clinique du Val d'Ouest. La responsable qualité a été formée à la méthodologie d'analyse des RMM, des EPP et des CREX et aux analyses de causes profondes, c'est elle qui forme les professionnels à ces méthodes d'analyse si besoin. A noter l'accent fort mis sur la formation des professionnels au management de la qualité avec 50 professionnels formés en 2016 et 70 en 2017. Des quizz spécifiques par thématiques ont été largement déployés dans tous les services.
 Le programme qualité est accessible via l'intranet de la clinique, facilitant la mise à jour régulière par les pilotes.
 La gestion documentaire, connue de tous et accessible à tous les professionnels, leur permet d'avoir connaissance des procédures, protocoles, comptes rendus de réunion de toutes les instances. Le système de mise à jour est opérationnel.
 Le dispositif de gestion des événements indésirables s'appuie sur une procédure "déclaration des événements indésirables graves liés aux soins" et le module informatisé de déclaration des événements indésirables qui permet de déclarer les incidents, d'avoir un retour sur la déclaration et de savoir quelle action a été menée.
 Les besoins en ressources matérielles sont identifiés.
 Le système d'information en place répond aux besoins en termes d'accessibilité, de confidentialité et de fonctionnement. Enfin la messagerie est un lien entre l'établissement et les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre de la démarche qualité gestion des risques au sein de la clinique du Val d'Ouest se traduit par la connaissance des équipes sur les priorités de la démarche, et notamment la mise en œuvre des actions relatives aux décisions de la certification de la HAS, comprenant par exemple le déploiement du projet bientraitance, l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse et de la prise en charge des patients dans les secteurs à risque.
 Les professionnels rencontrés sont impliqués dans ces sujets avec la mise en œuvre des actions d'amélioration les concernant au quotidien (vérification de l'identité des patients, traçabilité, modification des pratiques de prescription, etc.).
 Les usagers participent à différentes instances (CLIN, comité d'éthique, commission des usagers) au cours desquelles les axes d'amélioration et le programme qualité sont abordés. L'exploitation des plaintes et des réclamations permet d'alimenter ces axes d'amélioration.
 La coordination des dispositifs de vigilance, veille sanitaire et gestion globale de la qualité gestion des risques est effective.
 Le système des alertes sanitaires ascendantes et descendantes est opérationnel. La maîtrise du risque transfusionnel est prise en compte.
 Le signalement des événements indésirables est réalisé par les professionnels. L'analyse et le traitement de ces événements indésirables sont effectués au fil de l'eau et conduisent à la mise en place d'actions d'amélioration intégrées dans le programme qualité. Les RMM et les CREX issus des déclarations d'évènement indésirables sont mises en œuvre.
 Les équipes ont accès aux indicateurs de l'établissement (IQSS, ICALIN, satisfaction des patients).
 Les professionnels ont connaissance du plan Blanc et de son organisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du management de la qualité et des risques est réalisée selon différentes modalités :

- la clinique évalue la satisfaction des usagers en lien avec les représentants des usagers à travers notamment le questionnaire de sortie et le dispositif E-SATIS. De même, l'exploitation des plaintes et réclamations apporte des éléments complémentaires.
- les indicateurs nationaux,
- les nombreuses EPP concernant toutes les équipes avec des sujets originaux comme les P'tits Doudous du Val d'Ouest dont l'objectif est de diminuer le stress pré-opératoire de l'enfant (jeu ou l'enfant est le héros, avec une tablette lui permettant de passer toutes les étapes du circuit hospitalier de sa chambre à la salle d'intervention).
- les audits menés dans le cadre de la gestion du risque infectieux et de la prise en charge de la douleur.
- l'audit du management de la qualité et des risques en avril 2017.

Ces informations sont communiquées aux professionnels lors des différentes réunions d'équipes et des instances. Les résultats des évaluations sont exploités pour identifier des actions correctrices.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre, elles sont articulées avec le programme qualité. Le suivi du programme qualité par les pilotes en lien avec la responsable qualité permet de réajuster si besoin les actions en fonction des résultats des évaluations.

La communication est organisée via les réunions. Les usagers sont également informés dans le cadre de leur participation aux instances.

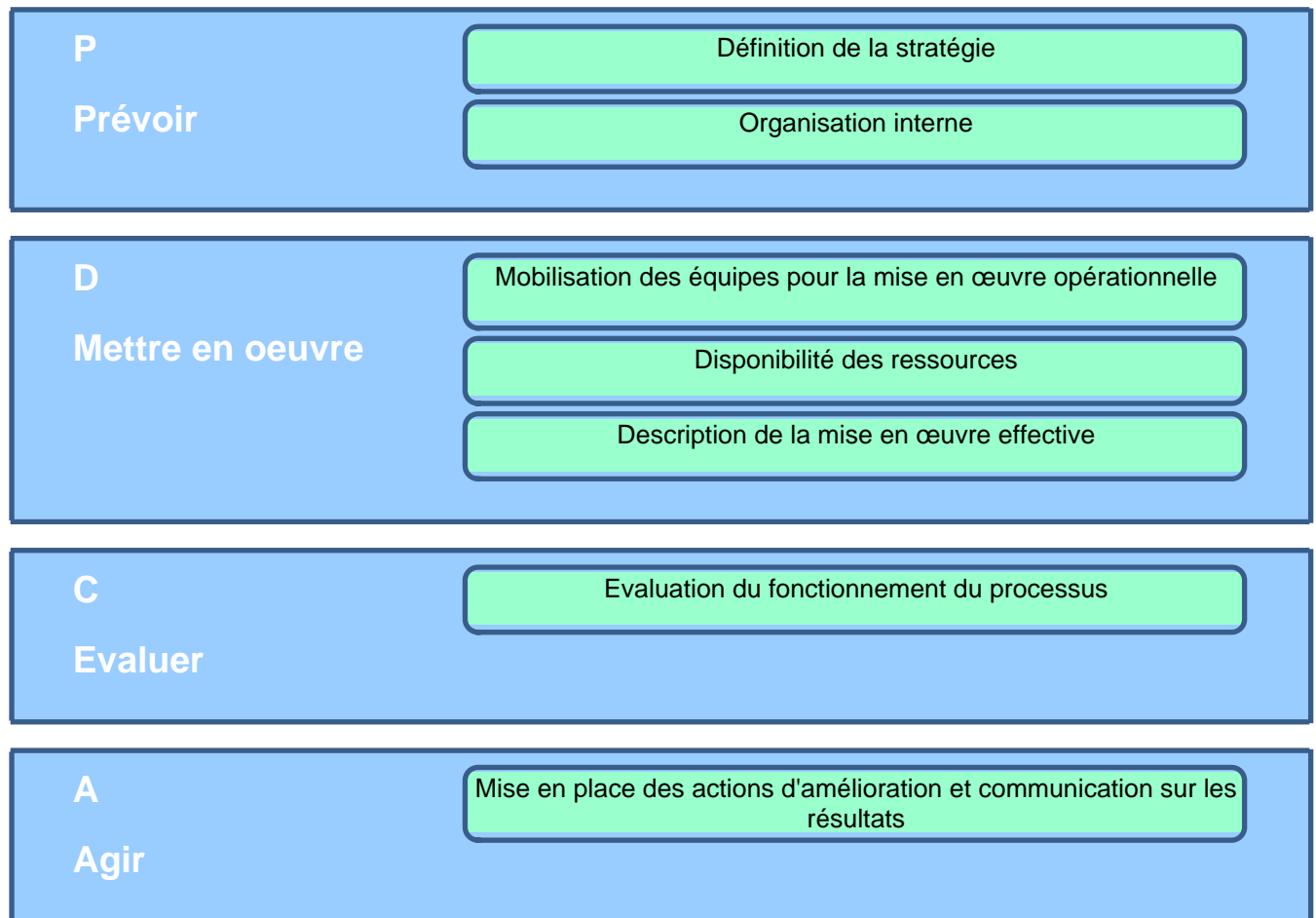
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le domaine du droit des patients, il existe une politique et des objectifs élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques recensés au sein de la Clinique du Val d'Ouest Vendôme. Le respect du droit des patients est inscrit dans les orientations stratégiques du projet d'établissement, du projet médical, du projet de soins, et du projet qualité.

Au delà du fait que la politique des droits des patients soit individualisée dans le projet établissement, les droits des patients apparaissent dans le socle des valeurs du projet de soins.

La "bienveillance" constitue une dimension essentielle de cette politique, de sorte que l'information, l'expression du consentement, les conditions architecturales (respect de la confidentialité et de l'intimité) sont culturellement intégrées à la dynamique bienveillance.

L'analyse des risques relatifs aux droits des patients est effective, elle est basée sur le recueil de données multiples et identifiées (cartographie du compte qualité, cartographie bienveillance, comptes rendus des comités d'éthiques, exploitation des questionnaires de sortie, etc.).

L'établissement identifie des interfaces entre les organisations et entre les processus comme zone à risque d'atteinte aux droits des patients.

La commission des usagers (CDU) est partie prenante dans cette analyse des données, notamment par la participation de la représentante des usagers.

La politique est validée par les instances concernées (CDU, Codir, CME, après validation au niveau du groupe de travail qui s'est déjà réuni trois fois).

Un plan d'actions est établi, intégré au programme d'action institutionnel ; sa priorisation a permis de sélectionner les risques à intégrer dans le compte qualité.

Un responsable est identifié pour chaque objectif et chaque action d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus au travers de l'équipe de direction des soins et des cadres de santé, en lien avec les membres de la Commission des usagers, dont le médecin conciliateur impliqué dans le processus de pilotage.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a mis en place une organisation et des moyens.

Un comité éthique est en place depuis 2007 et un règlement intérieur définit sa composition et ses fonctions. Le comité éthique est une structure d'appui et de réflexion autour des questions éthiques. Une convention de collaboration avec l'unité de soins palliatifs de la Croix Rouge permet d'organiser le recours à des compétences extérieures pour l'accompagnement à la fois des professionnels et des patients dans le champ des droits des patients et de la fin de vie. Des référents sont identifiés : une IDE titulaire du DU soins palliatifs intervient en interne en qualité de référente dans ce champ pour la formation des équipes et la prise en charge (formation prévue en DU expertise droits des patients pour la secrétaire de direction). Une formation spécifique sur le dommage lié aux soins est prévue au plan de formation à destination des médecins.

Des ressources documentaires sont prévues : des procédures ont été formalisées sur le champ des droits des patients : Annonce dommage lié aux soins, Signalement de maltraitance, Contention, etc. Un circuit d'information du patient sur ses droits et les missions de la CDU est organisé au travers notamment du livret d'accueil, remis en amont de l'hospitalisation, des affichages (indicateurs, chartes...), des journées d'informations (journée européenne des droits des patients en 2014 et 2015).

Le recueil de la personne de confiance est organisé. Un circuit de recueil et d'analyse de l'expression des usagers (enquêtes de satisfaction, recueil et analyse des plaintes et réclamations) est en place. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés et sur le processus, notamment au travers des journées d'information (participation à la journée droits des patients 2014 et 2015).

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité notamment avec la mise en place de l'IDE référente titulaire d'un DU soins palliatifs, et du cadre de nuit chargé de faire le lien avec les équipes de nuit.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes sont mobilisées autour d'un programme d'actions institutionnel refondu, intégrant le droit des patients.

Les actions menées dans le champ des droits des patients et leurs suivis sont réalisées, tracées, suivies et évaluées au niveau des secteurs de prise en charge.

Des actions de sensibilisation sont menées auprès des équipes via les réunions de services, les réunions d'instances, la diffusion des comptes rendus de réunion et d'audit. Les actions de sensibilisation ont été menées au travers de Quizz, de réunions animées par l'IDE soins palliatifs auprès des référents des unités.

Le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Une EPP a été menée en 2015-2016 sur la bientraitance, avec une enquête sur les pratiques professionnelles notamment.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Elles sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) et documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Des actions de formations sont déployées (Formation DU soins palliatifs - formation DU droits expertise aux soins). Les professionnels ont bénéficié de formation dans le champ de la bientraitance, et spécifiquement de la bientraitance en maternité. Un engagement à respecter les règles de confidentialité est prévu dans le cadre des contrats de travail.

Il existe des procédures connues et accessibles via la GED (contention, annonce dommage lié aux soins, prise en charge en fin de vie, etc.). Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont diffusées via la GED.

Les conditions d'hébergement et les moyens en place permettent de garantir la confidentialité en toutes circonstances. La chirurgie ambulatoire relogée grâce à l'extension construite depuis 2016 n'est composée que de chambres particulières, ce qui permet le colloque singulier sans obstacle. Par ailleurs, il existe un bureau permettant de réaliser un entretien d'accueil hors la chambre en cas d'accueil du patient dans une chambre double occupée. En service de chirurgie au 3ème étage, les 8 chambres doubles sont toutes équipées d'un paravent, comme l'ensemble des chambres doubles de la clinique.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. L'accueil personnalisé et le soutien de l'entourage est organisé. Un dispositif structuré d'information et de recueil de consentement est effectif : le recueil du consentement éclairé se fait en amont dès la consultation de chirurgie et d'anesthésie. La présence des consentements et autres documents tels qu'autorisation si mineur est vérifiée au moment de l'accueil. Le projet personnalise de soins est réajusté et associe en tant que de besoin l'entourage du patient. La contention fait l'objet d'une prescription médicale et d'une surveillance tracée. Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite. Les acteurs sont associés à la démarche de respect des droits des patients (équipes, instances, usagers, patients) et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'identité de la personne de confiance est tracée. Les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient. Les dossiers patients et les ordinateurs portables sont rangés dans les infirmeries dont l'accès est sécurisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le processus "droits des patients" fait l'objet d'une évaluation structurée en lien avec les objectifs présentés dans les différents projets, ainsi que des actions et d'indicateurs clairement identifiés, en sus des indicateurs de satisfaction. Les droits des patients sont évalués au travers d'un tableau de bord enrichi des derniers éléments remontés par le CDU :

- suivi des indicateurs de satisfaction (enquête Isatis, et enquête de satisfaction par prestataire externe),
- suivi des événements indésirables, Plaintes et réclamations,
- enquête "prévention de la maltraitance et réflexion sur la bientraitance" réalisée en 2014.
- suivi de la personne de confiance,
- suivi des consentements éclairés,
- suivi des lettres de remerciements,
- suivi de réponses aux plaintes et réclamations : délais et qualité de la réponse, etc.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées à l'occasion des différentes évaluations sont mises en oeuvre et sont intégrées au programme d'action institutionnel.

Elles bénéficient des modalités de suivi institutionnel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis pour garantir la communication des résultats et actions en interne, compte-rendu diffusés sur le logiciel de gestion documentaire, échanges au cours des réunions de service...

Les usagers sont informés des résultats des indicateurs par affichage dans les unités .

Le rapport de la CDU est transmis aux autorités compétentes conformément aux règles.

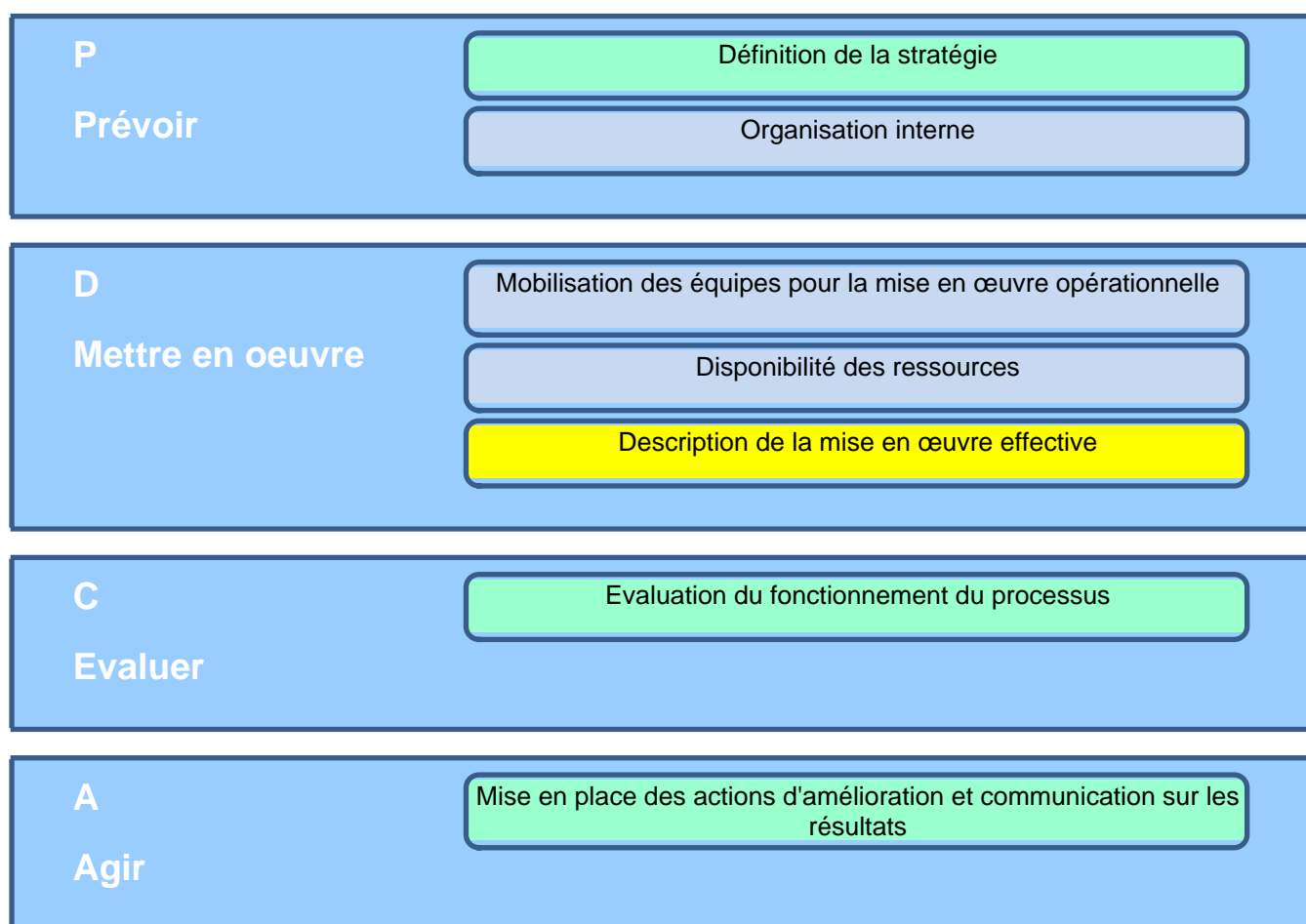
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La clinique du Val d'Ouest dispose d'une pharmacie à usage intérieur qui assure parmi ses missions l'approvisionnement des services de soins en médicaments et en dispositifs médicaux stériles. Elle dispose également des autorisations de stérilisation et de reconstitution des médicaments cytotoxiques. Cette dernière n'est actuellement pas mise en œuvre.

L'identification des risques est réalisée depuis 2012 avec un ajustement chaque année selon la méthode AMDEC sur la base des événements indésirables, des résultats de la certification, des audits et des indicateurs. Cette analyse des risques permet de dégager les axes prioritaires d'amélioration sur lesquels s'appuie la politique de la prise en charge médicamenteuse :

- sécurisation de la continuité de la prise en charge médicamenteuse de l'entrée à la sortie du patient en intégrant son traitement personnel,
- suivi des actions issues des analyses des événements indésirables,
- suivi des patients à risque et des médicaments à risque (enfants, sujets âgés, antibiotiques, anticoagulants),
- Prise en compte des never events.

La politique est déclinée dans un plan d'actions validé par la commission des médicaments et des dispositifs médicaux élargie (COMEDIME) et intégrée dans le Programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de la clinique.

Le programme d'amélioration prend en compte les écarts du rapport de certification V2014 ; il est articulé avec le compte qualité et validé par le COPIL qualité, le comité de direction et la CME.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la prise en charge médicamenteuse est assuré par deux pilotes : la pharmacienne responsable de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, et le président de CME.

Deux manuels qualité décrivent le système d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse :

- le manuel qualité de la pharmacie qui décrit les dispositions générales du service en regard des bonnes pratiques pharmaceutiques (règles d'organisation et de travail à l'intérieur de la pharmacie) ;
- le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse qui décrit les règles et les documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse au sein de la clinique.

Le système d'assurance qualité de la prise en charge médicamenteuse s'applique à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient, et concerne toutes les personnes impliquées directement ou indirectement dans cette prise en charge.

Une revue de direction est réalisée chaque année pour décider des ajustements nécessaires.

La COMEDIME, sous commission de la CME, est composée d'un représentant de chaque discipline médicale. Elle est chargée du référencement collégial des produits pharmaceutiques, et d'assurer la vision globale des flux.

Elle se réunit deux à trois fois par an et diligente des groupes de travail sur des sujets précis. Les comptes-rendus de cette commission sont à disposition des professionnels sur l'Intranet.

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

Au regard de ses missions et des risques identifiés, la clinique organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'elle s'est fixés.

La gestion des ressources humaines est organisée tant sur le plan du recrutement que sur le plan de la gestion des compétences.

Le plan de formation de la clinique intègre les spécificités de la prise en charge médicamenteuse pour les professionnels de la pharmacie et des services cliniques.

La gestion documentaire est décrite dans les manuels qualité et recouvre toutes les étapes du circuit du médicament.

La gestion des locaux et des équipements est en adéquation avec les objectifs de la prise en charge médicamenteuse.

Les plans de maintenance, d'achats et de travaux sont intégrés à la gestion. A noter l'effort conséquent réalisé par la clinique dans l'évolution de l'informatisation de la prise en charge médicamenteuse.

Les interfaces entre la pharmacie et les autres secteurs de la clinique 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 mobilisation des équipes dans la prise en charge médicamenteuse est assurée par l'encadrement en

lien avec la pharmacie. Les actions à mener notamment issues des décisions du rapport de certification sont appropriées par les cadres qui s'assurent du respect des règles définies (par exemple suppression du recopiage du traitement personnel du patient, renforcement de la traçabilité des mesures de températures des réfrigérateurs, de l'information délivrée au patient sur le traitement à la sortie). Les fiches de postes des cadres ont été modifiées pour préciser leur implication dans la prise en charge médicamenteuse. Ces actions sont intégrées dans le programme qualité de la clinique.

L'implication des équipes dans le signalement des évènements indésirables est effective (35 déclarations en 2016), comme l'analyse des causes selon la méthode remed (5 analyses en 2016).

Les résultats des audits et des évaluations des pratiques professionnelles sont partagés avec les équipes pour identifier et mettre en œuvre les actions correctives. La pharmacie a diffusé deux news letters en décembre 2016 et en mai 2017 avec des messages clés sur la prise en charge médicamenteuse et les résultats des audits et indicateurs. Ces news letters sont accompagnées d'explications suivies de quizz pour en évaluer l'impact. Les chambres des erreurs organisées en 2016 et en 2017 renforcent les messages et contribuent à la mobilisation des équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La prise en charge médicamenteuse à la clinique du Val d'Ouest est mise en œuvre avec les ressources nécessaires.

Les ressources en compétence s'appuient, à la pharmacie, sur une équipe de pharmaciens et de préparateurs en pharmacie. La clinique dispose des compétences d'un référent en antibiothérapie, avec un infectiologue.

Le maintien des compétences est assuré avec un accent fort sur la formation des professionnels de la pharmacie et des services de soins. De nombreuses formations sur la prise en charge médicamenteuse intégrant la prévention des erreurs médicamenteuses et les médicaments à risques ont été menées. Des supports sont remis aux participants, comme par exemple un mémo qualité sur la déclinaison opérationnelle de la politique de la prise en charge médicamenteuse, un poster sur l'étape de l'administration, les news letters, etc. Les praticiens (53%) ont également bénéficié d'une formation spécifique avec remise du nouveau livret d'accueil du praticien sur la prise en charge médicamenteuse.

Les ressources matérielles sont adaptées et font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. La pharmacie dispose de locaux et d'équipements permettant le stockage, la dispensation et le transport des médicaments dans des conditions appropriées. Les services de soins disposent d'armoires, de coffres pour les stupéfiants, de chariots et de réfrigérateurs dédiés aux médicaments. Les réfrigérateurs sont équipés d'une sonde électronique connectée à un logiciel géré par la pharmacie, pour détecter les anomalies de température. Ces équipements sont régulièrement vérifiés et un contrôle bimestriel est assuré par la pharmacie.

Les services disposent d'ordinateurs en nombre suffisant en cohérence avec l'informatisation de la prescription. Cette dernière a fait l'objet de nombreuses évolutions pour tenir compte des remarques du dernier rapport de certification.

De nombreux documents relatifs à la prise en charge médicamenteuse sont à la disposition des professionnels sur l'intranet. Ils sont actualisés en fonction de l'évolution de la prise en charge médicamenteuse. A titre d'exemple, on peut citer le mémo cardio (outil d'aide à la prescription), l'abcédaire de la confusion ciblé sur les molécules de la pharmacie, le tableau des insulines ou encore l'outil d'aide à la prescriptions des injectables pour les enfants et pour les adultes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge médicamenteuse concerne les activités de médecine, chirurgie et obstétrique. Elle est informatisée dans tous les services, hormis en néonatalogie. La gestion du traitement personnel est assurée à l'arrivée et à la sortie du patient selon la procédure. L'évolution du logiciel de prescription permet maintenant aux anesthésistes de saisir le traitement personnel lors de la consultation. Les infirmiers disposent ainsi des prescriptions dans le plan de soins au moment de l'arrivée du patient. Les infirmiers et aides soignant n'ont plus accès aux modules de prescription.

Les prescriptions des sages femmes sont conformes à la réglementation. En salle de naissance, les prescriptions d'antibiotiques sont protocolisées.

Toutefois, les bonnes pratiques de prescription et d'administration ne sont pas totalement respectées.

Le support unique de prescription et administration n'est pas en place en néonatalogie ; les prescriptions de médicaments sont rédigées sur le logiciel de prescription puis imprimées pour une préparation individuelle ; la traçabilité de l'administration est réalisée sur la pancarte journalière en format papier, impliquant une transcription de la dose administrée.

La clinique a conscience de cette situation à risque. Les évolutions du logiciel de prescription qui ont permis d'améliorer la situation dans les autres unités ne sont pas adaptées à la prise en charge des enfants en néonatalogie. C'est pourquoi la clinique a prévu de réaliser en parallèle une étude de faisabilité avec le logiciel actuel et une étude d'autres logiciels spécifiques à la néonatalogie. Ces études sont planifiées pour l'été 2017, avec une décision fixée à la mi septembre 2017. En attendant, chaque préparation et administration de médicaments en néonatalogie fait l'objet d'un double contrôle.

La validation pharmaceutique est effective pour les patients et les médicaments à risques de la politique de la prise en charge médicamenteuse : les enfants, les sujets âgés, les antibiotiques et les anticoagulants.
La dispensation des médicaments est globale (hormis les antibiotiques contrôlées et les traitements personnels hors dotation qui sont dispensés nominativement).
La préparation des piluliers est réalisée pour 24h (ou avant chaque administration en pédiatrie et en néonatalogie) avec présence du numéro de chambre et de l'étiquette patient.
L'administration est tracée en temps réel par les infirmiers avec un double contrôle en néonatalogie.
La gestion, le rangement, le transport et le stockage des médicaments prennent en compte les règles d'hygiène, de sécurisation et la chaîne du froid, tant à la pharmacie que dans les unités de soins. La vérification des médicaments périmés est assurée avec traçabilité. Les médicaments à risque sont définis et font l'objet d'un étiquetage spécifique à la pharmacie et dans les unités de soins.
La permanence pharmaceutique est organisée avec un système d'astreinte la nuit et le week-end.
L'information des patients sur le bon usage des médicaments notamment à la sortie, est assurée par les médecins et les infirmiers, avec traçabilité dans le dossier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La prise en charge médicamenteuse fait l'objet de plusieurs évaluations. On peut citer à titre d'exemples :

- un tableau de bord annuel regroupant des indicateurs de production (coût médicaments, nombre de commandes, nombre d'alertes sanitaires descendantes et ascendantes, nombre de préparations magistrales, ...), des indicateurs qualité (conformité des approvisionnements par les fournisseurs, traçabilité des médicaments dérivés ud sang, nombre de référentiels et documents de bon usage des médicaments mis à disposition, nombre de messages d'informations délivrés aux équipes soignantes, ...).
- les évaluations réalisées dans le cadre du contrat de bon usage du médicament (gestion du traitement personnel et traçabilité de l'administration)
- l'évaluation des pratiques professionnelles sur la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse.

Une revue de direction du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse complète le dispositif d'évaluation.

A / AGIR

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

Les résultats des différentes évaluations permettent de définir les actions d'amélioration en lien avec le programme qualité. Les résultats sont communiqués aux professionnels et aux usagers via les réunions d'équipes et des instances.
Le bilan des actions est également communiqué en CME.
Parmi les actions d'amélioration on peut noter par exemple les nombreuses évolutions du logiciel de prescription pour prendre en compte les remarques du rapport de certification, la formation des professionnels y compris les praticiens, la vérification bimestrielle par la pharmacie des contrôles de suivi de température dans les unités de soins.
Le suivi des actions est effectif en lien avec l'équipe de la pharmacie et l'efficacité des actions réalisées est évaluée pour réajustement si besoin.

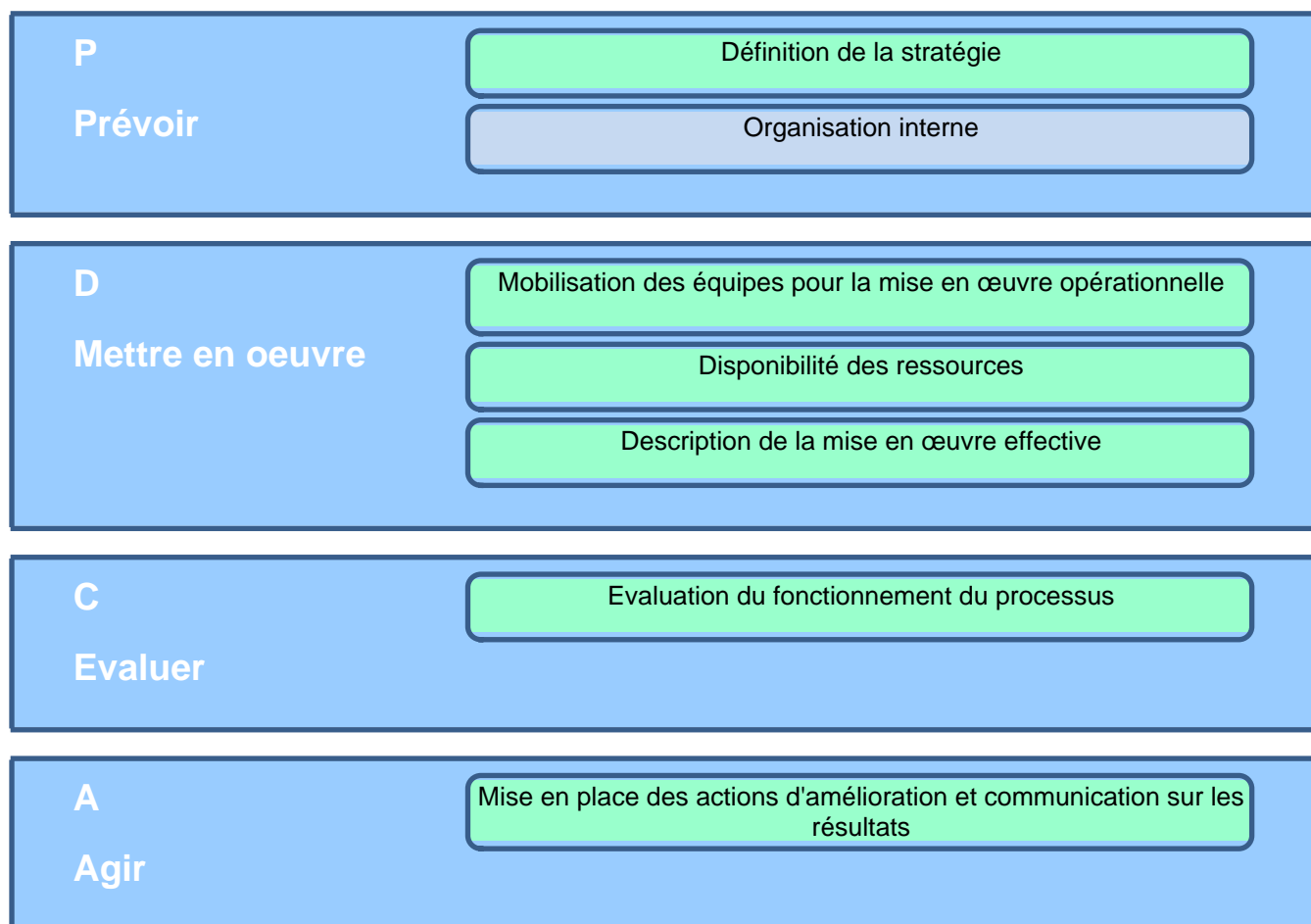
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

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

Suite à la visite initiale de la V2014, la clinique a analysé et hiérarchisé ses risques au niveau du bloc opératoire /SSPI et de la chirurgie ambulatoire, sur la base des résultats de la certification, des évènements indésirables, des résultats des enquêtes de satisfaction. La cartographie a été actualisée et la fiche d'identité du processus est formalisée. Dix risques sont priorisés dans le compte qualité, prenant en compte les décisions de la V 2014. Les processus " management, support, interventionnel "ont été revus.

La stratégie spécifique au secteur de bloc opératoire est formalisée dans le document « management de la qualité et de la gestion des risques au bloc opératoire », actualisé le 15/05/2017, et au sein duquel les objectifs sont clairement définis. Cette stratégie est placée sous l'égide de la CME qui partage les responsabilités avec la direction de l'établissement.

Le plan d'action spécifique est présenté aux instances (Conseil de Bloc, COPIL et CME). Le plan d'actions du compte qualité précise pour chaque action, un responsable, un échéancier et des modalités de suivi, il est intégré dans le Programme d'amélioration institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du bloc opératoire est assuré par la cadre de bloc. Un responsable médical, médecin anesthésiste réanimateur est désigné coordinateur, il travaille en coordination avec la cadre de bloc. Le responsable médical a été destinataire d'une lettre de mission. Sa fiche de poste décrit ses tâches principales : il se rend disponible pour valider les programmes en amont, à J-6 comme l'indique la charte du bloc opératoire. Au quotidien, c'est le médecin anesthésiste d'astreinte qui coordonne avec le cadre du bloc, l'activité d'urgence ou toute modification venant compromettre l'organisation des programmes.

Un conseil de bloc se réunit deux fois par an. La représentation de toutes les catégories professionnelles y est assurée. L'organisation du bloc opératoire est formalisée dans une charte actualisée en 2017 et validée par le conseil de bloc. La charte de fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) a été actualisée le 15/05/2017.

une commission ambulatoire se réunit plusieurs fois par an, elle comprend la cadre de l'UCA, le médecin coordonnateur, des praticiens et des IDE. L'objectif est l'amélioration de la prise en charge des patients en ambulatoire.

L'établissement met à disposition les ressources humaines paramédicales et médicales ; matérielles et documentaires pour permettre le fonctionnement de l'activité chirurgicale quotidienne. Les spécialités intervenantes au bloc opératoire sont identifiées. La permanence des soins est organisée avec des listes de garde et d'astreinte. La répartition des vacances au bloc opératoire fait l'objet d'une répartition entre les praticiens, validée par le conseil de bloc et réévaluée une fois par an en moyenne. La programmation des interventions est informatisée avec saisie dans le logiciel du dossier patient à partir de la consultation.

Les besoins en formation initiale et continue sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés. Les actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Le projet social met un accent fort sur le développement des compétences des professionnels en lien avec le projet médical et le projet d'établissement.

La maintenance des dispositifs médicaux et équipement du bloc opératoire est gérée en lien avec le service biomédical.

La gestion des interfaces est organisée, permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri opératoire : avec les professionnels du management de la qualité et gestion des risques, avec les services cliniques, avec les cabinets privés des médecins, avec les secteurs medico techniques : stérilisation, pharmacie, gestion des déchets, brancardage, service biomédical, bio nettoyage avec un nouveau prestataire. Un accès direct aux résultats de biologie du laboratoire externe et de l'imagerie médicale est également organisé. La secrétaire du bloc opératoire gère les demandes de dispositifs médicaux implantables (DMI) en poste partagé avec la pharmacie.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre du bloc opératoire en lien avec la cadre de l'UCA pour les activités qui la concernent, s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins au bloc opératoire et en chirurgie ambulatoire en adéquation avec les orientations de l'établissement. Elle dispose d'un plan d'actions, d'une feuille de route (2016-2017) et d'un diagramme de gant lui permettant de visualiser l'avancée des actions du programme.

Elle sensibilise régulièrement les professionnels médicaux ou paramédicaux, sur la politique de management de la qualité et de la sécurité commune, sa mise en œuvre et son évolution, les évaluations de pratiques professionnelles, les risques identifiés ou sur les retours de événements indésirables au travers de réunions organisées au sein du bloc opératoire.

Elle s'assure de la régulation des activités du bloc opératoire afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patients

Elle vérifie la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes et autres mesures...). Les fiches d'événements indésirables font l'objet d'une déclaration par les équipes, avec une analyse des causes et un retour soit par CREX soit par RMM. Les dysfonctionnements sont débattus en conseil de bloc et suivis d'actions correctives.

Cette organisation facilite la mobilisation des équipes dans la mise en oeuvre des actions d'amélioration.

De nombreuses EPP sont en cours : "accueil du patient au bloc opératoire par les brancardiers du bloc", "évaluation et la formation des brancardiers intérieurs", etc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une extension du bloc a été ouverte en avril 2016, solutionnant la plupart des dysfonctionnements liés à la maîtrise du risque infectieux.

La configuration des locaux a été revue ainsi que les circuits, actuellement :

- Le bloc dit classique dédié à une activité polyvalente en ambulatoire ou non, comprend 12 salles dont 1 salle réservée aux césariennes en chirurgie réglée ou en urgence, 11 salles polyvalentes dont une salle plombée, accueillant la chirurgie vasculaire.

- Le bloc ambulatoire ou bloc à flux rapide dispose de 5 salles dont une réservée aux patients « ambulatoires externes », bénéficiant des gestes sous anesthésie locale, une salle spécifique pour la chirurgie ophtalmique, une salle polyvalente (FIV, stomatologie...).

- Le bloc d'endoscopie comprend 2 salles dédiées pour des gestes sous anesthésie générale, et des vacations dans la salle d'"ambulatoires externes".

Les différentes salles sont équipées des matériels nécessaires en anesthésie et en équipement chirurgical pour la réalisation des interventions, avec notamment 3 amplificateurs de brillance. Les dispositifs permettant le contrôle des pressions en salle sont fonctionnels et accessibles.

Les ressources humaines nécessaires sont disponibles. Les équipes comprennent 54 praticiens dont 5 gastro entérologues, 15 anesthésistes, 16 IADE, 41 IBO, 8 IDE de SSPI, 11 brancardiers, 3 agents de lavage en endoscopie et une AS d'endoscopie.

Le service ambulatoire dispose d'une équipe soignante spécifique composée d'IDE et d'aides-soignantes pilotée par une cadre de santé. Le fonctionnement médical de l'unité ambulatoire est placé sous la responsabilité du médecin coordinateur, représentant la communauté médicale. La continuité de la prise en charge des patients est organisée ainsi qu'en dehors des heures d'ouverture de la chirurgie ambulatoire y compris les dimanche et jours fériés.

Les formations réalisées en 2016-2017 concernent deux validations des acquis par l'expérience d'IBODE, les bonnes pratiques de stérilisation, la conduite d'autoclaves, l'IDE en SSPI, les actes exclusifs IBODE, la culture de l'ambulatoire, le risque infectieux au bloc opératoire.

Les ressources documentaires sont disponibles. Les procédures liées aux processus support sont formalisées, actualisées, issues des bonnes pratiques : préparation des salles d'intervention, bio nettoyage des blocs, gestion des déchets etc... Les procédures liées aux processus interventionnels, notamment liées à la prise en charge en ambulatoire sont disponibles sur le logiciel informatique.

De plus, l'ingénieur biomédical construit des notices explicatives avec des pictogrammes relatives à l'utilisation des DM.

Les besoins en support d'information sont identifiés et élaborés : document d'information sur les consignes à suivre avant l'intervention, après l'intervention, comme par exemple les consignes à la sortie de l'ambulatoire avec le numéro d'appel si besoin. La charte d'accueil des patients en SSPI et la charte des droits du patient sont affichées.

La prise en charge d'un matériel défectueux par le service biomédical est formalisé, les étapes sont

précisées depuis la réception de la demande dans la GMAO ou appel direct, jusqu'à la gestion des réparations suivant le type d'intervention sur site.

La configuration des locaux et les différents circuits ont été revus et répondent maintenant aux exigences de prévention et de maîtrise du risque infectieux.

Le circuit des déchets fait l'objet d'un protocole spécifique actualisé en février 2017. Dès la fin de l'intervention, des sacs déchets DAOM et DASRI sont sortis dans le couloir périphérique. Les sacs DASRI sont étiquetés, datés, salle de production et nom de l'établissement. Ils sont évacués par le prestataire de bio nettoyage jusqu'au local de stockage intermédiaire, récemment mis en place. Les containers sont descendus autant de fois que nécessaire au local de stockage final.

L'escalier conduisant les professionnels du vestiaire au bloc va être refait l'été. L'accès est strictement réservé aux professionnels du bloc, il n'y a donc plus de personnes extérieures entrant au bloc par cet escalier. Le bio nettoyage est réalisé en fin de journée par le prestataire externe. Le contrôle est assuré de visu par la cadre de santé et/ou par l'IDE hygiéniste.

Les travaux réalisés ont solutionné les dysfonctionnements évoqués lors de la visite initiale : un SAS de transfert est en place pour les patients arrivant dans leur lit, le même brancard n'est plus utilisé du service à la salle d'opération. Il n'y a plus de local exigü avec un encombrement du couloir par des armoires de stockage de matériel, ni de personnel extérieur au bloc : la circulation à l'intérieur du bloc est strictement réservée aux personnels du bloc. Les travaux réalisés ont permis de sécuriser l'accès au bloc, des portes automatisées sont en place.

Les DMI (à l'exception des DMI orthopédiques) sont stockés dans un local ventilé, conforme aux normes. Un circuit spécifique a été créé pour les DM délivrés par la PUI.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les fiches d'ouverture de salle sont saisies quotidiennement avec un relevé des pressions, et des ventilations entre autres, y compris pour la SSPI qui bénéficie d'une fiche d'ouverture spécifique.

Le dispositif de lavage des mains avec les solutions hydro alcooliques est déployé dans l'ensemble du secteur.

La check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est tracée dans le logiciel du dossier patient avec un respect des trois temps. Le troisième temps est bien respecté avec des déclarations de non-conformité tracées en cas d'absence d'un des praticiens à ce moment. La traçabilité Creutzfeld-Jacob est notée sur la fiche d'admission informatique remplie à la consultation par le chirurgien.

Le bio nettoyage des salles entre deux interventions est réalisé par des brancardiers du bloc, et le bio nettoyage en fin de journée par le prestataire extérieur nouvellement recruté, selon une procédure définie.

La gestion du matériel contaminé après une intervention est effective avec des containers de trempage fermés, qui sont récupérés par l'équipe de la stérilisation.

La conformité des salles est suivie et tracée par le biomédical avec une qualification une fois par an. Les prélèvements d'air et d'eau, ainsi que le comptage particulaire sont régulièrement réalisés plusieurs fois par an par un prestataire extérieur à la clinique avec un programme prévisionnel.

Des prélèvements de surface sont réalisés tous les mois sur le bio nettoyage des salles.

La circulation à l'intérieur du bloc est strictement réservée aux personnels du bloc ; l'accès à ce dernier est sécurisé, des portes automatisées sont en place.

Dans le cadre du projet « les p'tits doudous », une salle d'attente a été créée au niveau du bloc pour les enfants accompagnés de leurs parents. La porte d'accès ne s'ouvre que de l'extérieur évitant ainsi la déambulation des parents en tenue civile.

Concernant l'accueil du patient au bloc opératoire par les brancardiers du bloc, suite aux dysfonctionnements relatifs à la confidentialité, constatés en visite initiale par les experts visiteurs lors de l'accueil des patients dans le couloir du bloc (entrées bloc vert et bleu), ainsi que dans le SAS, un groupe de travail a été constitué ; des mesures correctives ont été mises en œuvre : accès par l'escalier issu des vestiaires du personnel interdit à toute personne étrangère au bloc opératoire ; portes automatisées mises en place au bloc, permettant le contrôle de l'accès au bloc aux seules personnes autorisées ; salle d'attente créée pour l'accueil des enfants et de leur parent (fermée de l'extérieur, il n'est plus possible aux parents de déambuler dans les couloirs du bloc comme cela était le cas lors de la visite initiale).

Le préparateur en pharmacie utilise le circuit dédié, il revêt la tenue de bloc pour les réapprovisionnements quotidiens de l'arsenal panseur et de l'arsenal anesthésie.

La gestion des DMI effectuée au niveau de la pharmacie par une secrétaire respecte la marche en avant. La traçabilité des DMI est réalisée, incluant toutes les vérifications nécessaires (identitovigilance, ouverture des salles, etc.).

La révision des dotations de médicaments est réalisée tous les étés. Le livret thérapeutique est actualisé, notamment en anesthésie. Les périmés sont contrôlés tous les mois par le personnel du bloc.

Deux référents biomédicaux panseurs au bloc opératoire assurent la gestion et l'optimisation du matériel biomédical au bloc, en relation avec le service biomédical et la cellule qualité. Ils traitent les pannes gérables en interne pour une mise en service immédiate, ils suivent les réparation externalisée et remettent en service le matériel en retour de réparation.

Un référent « encadrement nouveaux panseurs » est désigné responsable de l'intégration des nouveaux panseurs au bloc. Il a pour mission la présentation et la découverte de la Clinique, et des activités exercées en priorité par l'infirmier de bloc, le rôle de circulant, en salle d'opération, le logiciel de traçabilité, la gestion documentaire. Un livret d'accueil du salarié, et un guide santé et sécurité au travail lui est remis. Un temps de doublage est organisé, le référent s'assure de l'acquisition des connaissances par des évaluations régulières.

La fiche de sortie de SSPI est signée et horodatée par le médecin anesthésiste.

A l'UCA, le patient reçoit à sa sortie les ordonnances comportant les consignes post opératoires, les traitements à suivre et/ou à appliquer, les dates du prochain RDV éventuel. L'infirmière lui remet le bulletin de sortie sur lequel figure les numéros de téléphones permettant d'assurer la continuité des soins. Elle vérifie que le patient soit bien accompagné.

S'inscrivant dans une dynamique de l'innovation, la clinique étudie actuellement un système informatique performant permettant de renforcer le suivi en péri opératoire : l'appel de la veille, du lendemain et l'observance du traitement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le suivi de la qualité et l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire et lors d'une prise en charge en chirurgie ambulatoire est assuré par la cadre du bloc.

Un audit externe a été impulsé par la Direction en avril 2017 par un consultant spécialiste des blocs opératoires. Des axes d'amélioration ont été identifiés et mis en œuvre.

Une RMM est organisée tous les trimestres sur les dysfonctionnements graves recensés : décès, étude d'un dossier, reprise chirurgicale etc...

La cadre du bloc et celle de la chirurgie ambulatoire avec l'appui du médecin anesthésiste responsable du processus, assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité de la prise en charge du patient au bloc opératoire et lors de la prise en charge en ambulatoire. Ils disposent de tableau de bord d'indicateurs qui permet de suivre la progression des indicateurs au niveau des blocs, des SSPI et de l'UCA, au regard des objectifs fixés. Les résultats inférieurs aux seuils attendus sont examinés et analysés en conseil de bloc.

La cadre du bloc opératoire dispose également d'un certain nombre d'indicateurs quantitatifs d'activité et qualitatifs qu'elle suit de façon annuelle avec un compte rendu en conseil de bloc : taux d'occupation du bloc, taux d'occupation des créneaux par praticiens, et TROS Moyens par spécialités. Suivi des ISO, (présentés en CLIN) nombre des EI présentés en comité de gestion des risques...

Par ailleurs, différentes EPP sont menées :

- Une EPP porte sur l'amélioration de la qualité de l'accueil de l'enfant au bloc débutée en 2015 ; elle a abouti entre autre à la création de l'association « les p'tits doudous du Val D'ouest, la modification du trajet des enfants, la présence parentale en pré opératoire jusqu'aux portes du bloc et en parallèle la mise en place de la check list HAS version 2016 demandant l'association des parents à la vérification de l'identité. Un salon a été installé au bloc opératoire. Un mini Ipad est donné à l'enfant le matin de l'intervention, il comprend un jeu thématique spécifique, il a pour objectif de captiver l'attention de l'enfant au cours des différents moments de sa prise en charge au bloc opératoire jusqu'à son retour en SSPI ; cela permet de supprimer la prémédication et de diminuer le temps d'hospitalisation.

- Une EPP, initiée en 2015 a pour objectif l'évaluation et la formation des brancardiers intérieurs. Des améliorations ont porté sur l'installation du patient en pré et post opératoire, des progressions sont notées sur le bio nettoyage.

- Une EPP a été menée sur l'accueil du patient au bloc opératoire en mars 2017 par les brancardiers du bloc (dysfonctionnements principalement sur la confidentialité), des mesures correctives ont été mises en œuvre.

D'autre part, il est apparu qu'après 3 ans de pratique de check-list HAS, et malgré plusieurs communications, il soit nécessaire de réaliser un audit sur ce sujet. Celui-ci a été réalisé et a permis d'harmoniser les pratiques.

Le circuit des déchets a fait l'objet d'une évaluation menée par l'EOH pour vérifier l'appropriation des protocoles.

Un Bloc des erreurs a été organisé les 7 et 14 avril 2017.

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

La politique de la clinique en matière de prise en charge du patient au bloc opératoire et la politique en matière de chirurgie ambulatoire sont ajustées en fonction du suivi des indicateurs.

Les actions d'améliorations identifiées sont suivies au sein d'un plan d'action qui est intégré au programme global qualité et gestion des risques.

La diffusion des actions et des résultats se fait soit au cours des instances, des conseils de bloc ou réunions de service, soit au sein des différents groupes EPP.

Les statistiques sont présentées en conseil de bloc.

La documentation réactualisée par la cellule qualité est disponible en permanence sur le logiciel informatique, accessible sur tous les ordinateurs de la clinique.

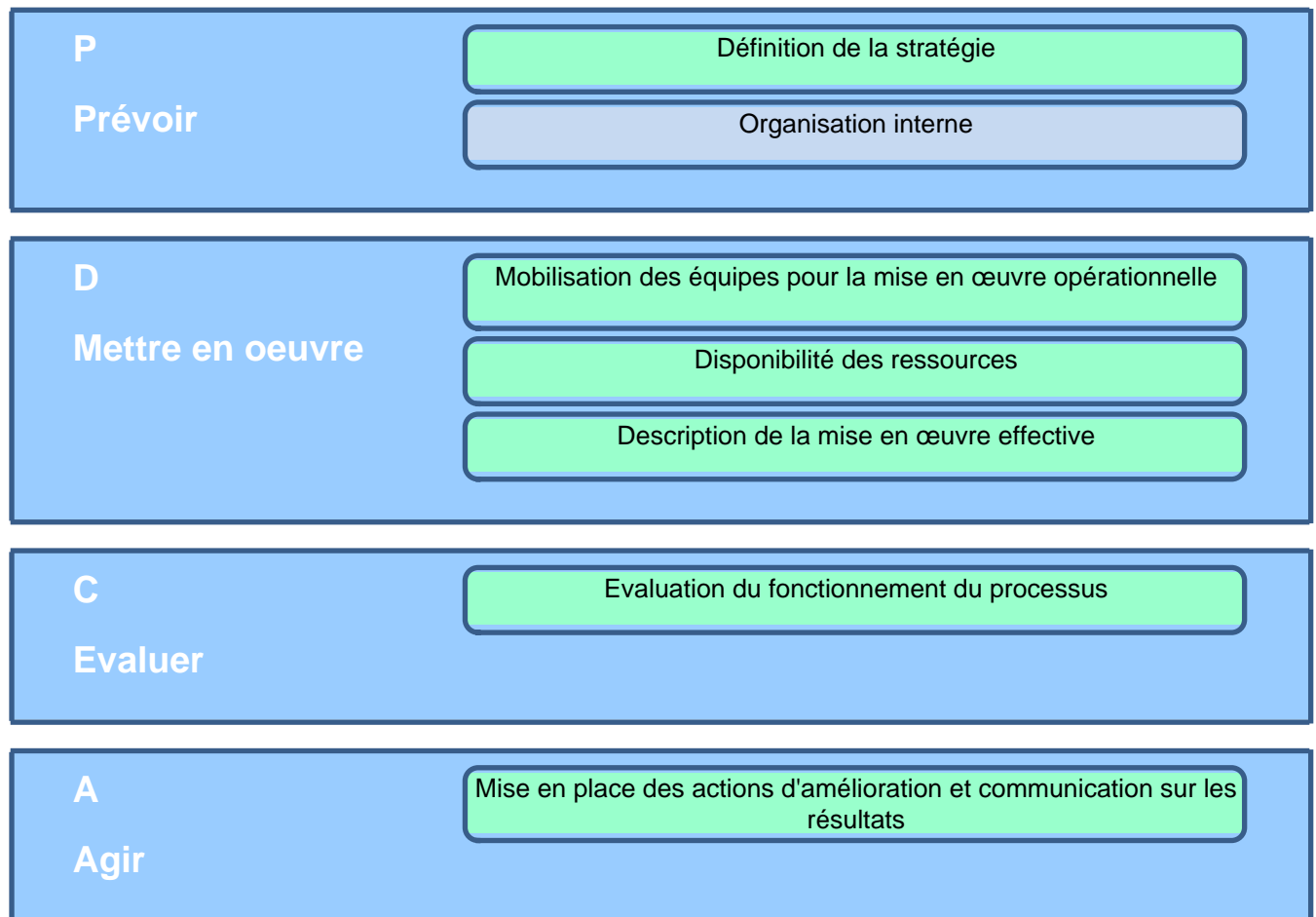
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

La clinique du Val d'Ouest a défini une stratégie de management de la qualité et de la sécurité en endoscopie, déclinée à partir de la cartographie des risques a priori actualisée. Ceux-ci ont été analysés, hiérarchisés selon les grilles proposées par la HAS.

Les risques prioritaires sont identifiés dans le compte qualité ; ils portent sur la Politique gestion des risques, l'absence de traçabilité du programme d'actions endoscopiques, la préparation du patient non conforme, le manque de confidentialité, la politique qualité spécifique à l'endoscopie non formalisée, le défaut de compétence du personnel para médical, le défaut de régulation, le risque infectieux (lié à l'atteinte de l'intégrité du patient en salle), l'arrivée tardive du patient au bloc.

Les données d'entrée utilisées sont :

- les recommandations des sociétés savantes,
- le suivi de la certification V2014,
- l'analyse des signalements d'événements indésirables,
- l'analyse de la satisfaction des patients,
- les résultats des évaluations réalisées.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés et déclinés dans un programme d'actions formalisé et hiérarchisé, des actions préventives et de surveillance sont définies, les pilotes sont désignés par action, un échéancier est fixé, ainsi que les modalités de suivi. Le programme d'actions validé par les instances (Conseil de Bloc, COPIL et CME), est articulé avec le Programme d'amélioration institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de l'activité est assuré par le cadre de bloc avec un copilote médecin gastro-entérologue. Ils ont été destinataires d'une fiche de missions.

La fiche de poste est formalisée pour la cadre du bloc opératoire. Des profils de fonction précisent le rôle de la coordinatrice adjointe au bloc opératoire, des référents biomédicaux, du référent encadrement des nouveaux recrutés.

La charte de bloc comprenant l'endoscopie a été révisée et validée par le conseil de bloc. Elle est présentée à tout acteur de la prise en charge du patient (brancardiers, AS, IDE, Praticiens, agents de désinfection) qui s'engage par signature à la respecter.

Les ressources en personnel sont prévues. Le plan de formation est défini pour l'année 2017. Des formations externes sont programmées pour un maintien et une amélioration des bonnes pratiques.

Les risques professionnels sont répertoriés et suivis au sein du document unique et les actions de prévention mises en œuvre.

La maintenance des appareils préventive et curative est programmée selon un calendrier annuel en lien avec les fournisseurs extérieurs concernés, le cadre de bloc et le biomédical. La programmation de l'activité d'endoscopie est informatisée sur le même mode que la programmation chirurgicale. Le plan de contrôle bactériologique de l'eau alimentant les appareils de décontamination est organisé annuellement avec un intervenant extérieur et transmission des résultats au cadre de bloc. Les interfaces avec les services sont organisées pour faciliter l'échange d'informations et la coordination entre les professionnels. Le médecin gastro-entérologue, copilote du processus, est membre du conseil de bloc et transmet à ses confrères les informations d'organisation qui les concernent. Les médecins gastro entérologue disposent du logiciel informatique à leur domicile.

L'utilisation des technologie de l'information et de la communication pour optimiser la communication pré et post opératoire avec tous les patients et améliorer le parcours du patient est à l'étude, sous la forme de dialogues automatisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre du bloc et le médecin gastro entérologue co pilote du processus se sont saisis des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins en endoscopie en lien avec les orientations de l'établissement. Une feuille de route est formalisée et suivie. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus endoscopique. Le rappel des bonnes pratiques est régulièrement fait. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les professionnels sont impliqués dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles et rédigent entre autres des fiches d'évènements indésirables lors de

dysfonctionnement. Les analyses de causes sont réalisées et des actions correctives sont définies et mises en œuvre. Par exemple, à la demande de l'équipe, l'IDE hygiéniste est venue faire une formation sur « paillasse d'endoscopie », elle a rappelé les bonnes pratiques en parallèle avec les nouvelles recommandations de juillet 2016. Un groupe de travail a analysé l'accueil des enfants en présence des parents (« P'tits Doudous ») et un second a traité de l'accueil des adultes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles en secteur d'endoscopie.

* Avec le nouveau secteur d'endoscopie (avril 2016), des IDE spécifiques affectées uniquement à l'endoscopie ont été recrutées. Elles sont au nombre de 4, l'une d'entre elles a participé au congrès du GIFE (Groupement Infirmier pour la Formation en Endoscopie) en 2016. Les agents de désinfection sont 3 plus 1 AS capable de remplacer sur absence pour assurer la continuité. A ce jour 1 agent a suivi une formation externe.

Une formation « paillasse en endoscopie » a été réalisée en décembre 2016. En 2017, il est prévu de former tous les agents en endoscopie sur l'hygiène des mains, l'utilisation des gants, la protection individuelle, la prévention des AES et CAT en cas d'AES, et de sensibiliser les personnes sur l'importance de la déclaration d'un AES.

3 gastro entérologue sur 5 sont accrédités et l'équipe de médecins gastro entérologue dispose d'une accréditation d'équipe.

- Les procédures et autres documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour : plan de circulation au bloc orange, procédures de lavage des endoscopes, mise en route de la désinfection d'un endoscope, laveur, armoire de stockage des endoscopes, Fiches de traçabilité informatisée : vérification du matériel et des DMS en salle d'endoscopie.

- Les locaux et équipements (y compris ceux d'anesthésie) sont adaptés et opérationnels.

Suite à l'ouverture du nouveau bâtiment, les salles d'endoscopies se situent désormais dans le nouveau bloc ambulatoire. Ce nouveau secteur (secteur orange) a permis de supprimer les croisements et les flux inadéquats (notamment, il n'y a plus de « transfert d'un patient du service d'hospitalisation à la salle d'examen sur le même brancard »).

Les 2 salles sont dédiées pour les actes sous anesthésie générale et une salle est prévue pour accueillir des patients externes (sans anesthésie). Elles sont équipées de matériel performant.

La signalétique a été modifiée et une étude a permis de créer un salon d'attente avant le bloc, avec un acheminement des patients à pied, les flux patient est amélioré.

L'approvisionnement en matériels (matériel d'instrumentation endoscopique, consommables, dispositifs médiaux, etc.), linge, permet de répondre aux besoins liés à l'activité.

Le parc d'endoscopie est dimensionné pour l'activité. Le service biomédical assure la maintenance préventive et curative. Tout dysfonctionnement est déclaré sur la gestion de la maintenance assistée par ordinateur. La salle de stérilisation des endoscopes est attenante aux salles d'examens et dispose de 3 laveurs désinfecteurs et d'une banque de stérilisation. En 2017, il a été procédé à l'achat de plateaux supplémentaires d'endoscopie afin d'en avoir suffisamment pour différencier les plateaux propres (transport et stockage des endoscopes propres) couleur verte et les plateaux sales (transport des endoscopes sales) couleur rouge.

La marche en avant est respectée.

Les endoscopes sont stockés dans deux enceintes de stockage permettant un stockage stérile pendant 72 heures.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les planifications des soignants (IDE, AS) sont organisées de façon à pouvoir réaliser l'activité d'endoscopie en toute sécurité.

Les fibroscopies de pneumologie sont réalisées le matin avant le programme, l'adaptation du planning est assurée par la cadre du bloc.

Le gastro-entérologue pose l'indication d'une endoscopie suivant des critères d'éligibilité lors d'une consultation préalable. Le dépistage ATNC est réalisé. Le rapport bénéfice/risque est tracé (risque de la procédure elle-même, de l'anesthésie éventuelle). Le consentement éclairé du patient est recueilli.

Le matin des interventions, l'IDE effectue l'ouverture de la salle d'endoscopie et de SSPI sur la base d'un listing des opérations à faire. Le contrôle est tracé.

Le chariot d'urgence est vérifié par l'IDE ainsi que le contrôle du matériel anesthésique.

Le patient est convoqué au minimum 3/4 d'heure avant l'heure du geste s'il est hospitalisé. L'identité du patient est vérifiée à chaque étape. L'intimité et la dignité du patient sont respectées. L'adjoite de bloc assure la régulation du brancardage notamment lors de nombreuses demandes concomitantes.

La check list est réalisée conformément aux bonnes pratiques, horodatée. C'est le médecin anesthésiste qui autorise le lever du patient et la sortie de SSPI. Le médecin gastro-entérologue informe le patient des résultats de l'examen et des suites à donner, il confirme l'aptitude à la rue.

La désinfection des endoscopes est réalisée conformément aux bonnes pratiques.

La traçabilité est effectuée sur les informations patient-acte et le traitement de l'endoscope.

La surveillance microbiologique des endoscopes, du matériel et de l'eau est organisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs d'activité qualitatifs (déclaration de FEI, audits pilotés par l'infirmière hygiéniste sur les bonnes pratiques en décontamination), quantitatifs (taux d'activité, etc.) font l'objet d'un tableau de bord de suivi réalisé par la cadre et d'une diffusion annuelle par le conseil de bloc.

Différentes évaluations sont réalisées : audit sur la désinfection des endoscopes, EPP des bonnes pratiques en salle d'endoscopie zone de lavage pour confronter la pratique à la circulaire de juillet 2016 relative aux pratiques d'endoscopie.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques et à déterminer d'autres mesures complémentaires. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le programme global de la qualité.

La cadre du bloc présente les résultats des évaluations lors des conseils de bloc ou des réunions de services. De plus, des rappels sont réalisés par le biais de la messagerie interne. Un PowerPoint sur système vidéo est diffusé en salle de repos.

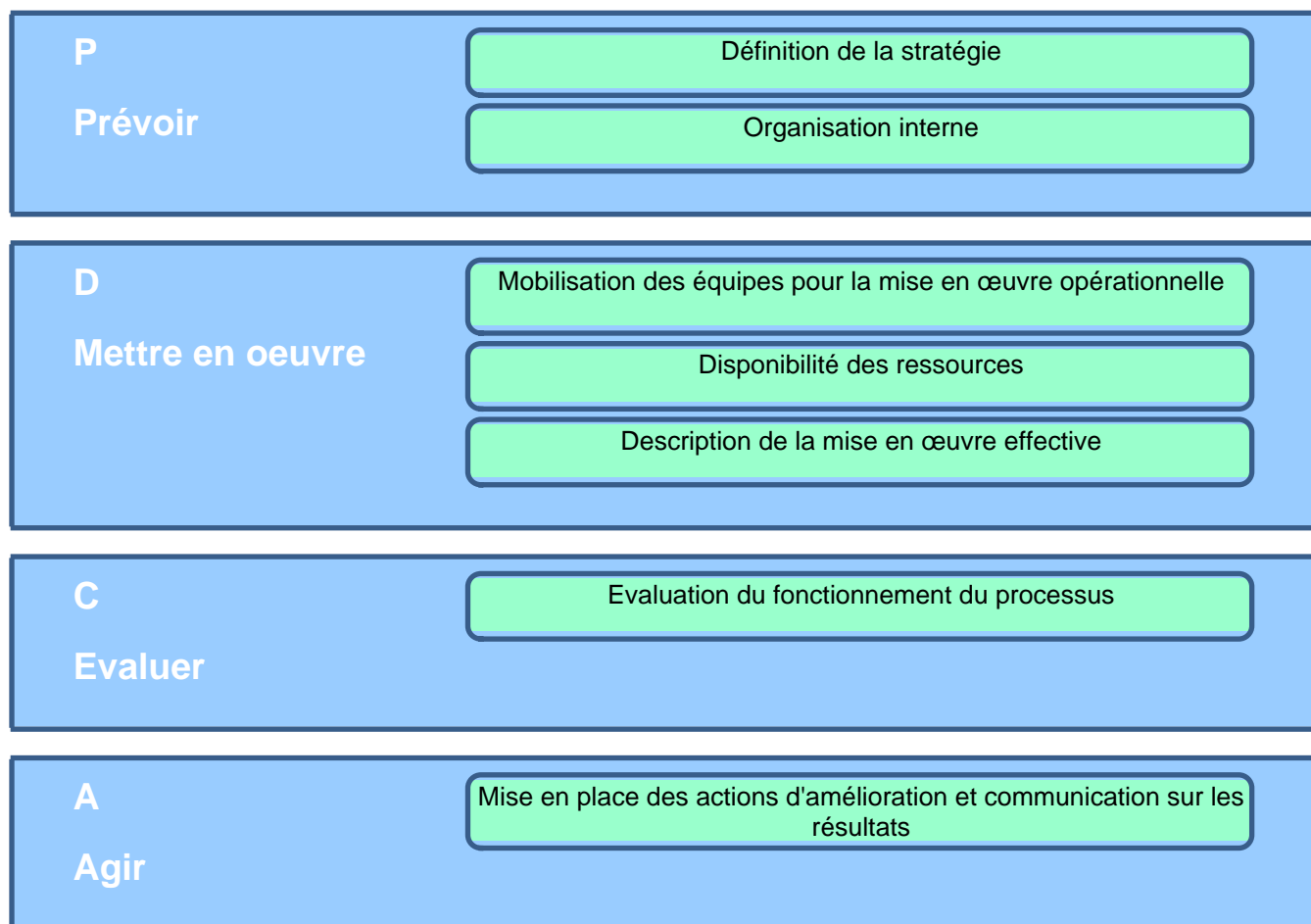
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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 de la clinique du Val d'Ouest Vendôme est de niveau 2A, avec un secteur de néonatalogie identifié et contigu de 9 berceaux.

La politique et les objectifs d'amélioration de la prise en charge du patient en salle de naissance sont définis à partir des besoins et de l'analyse de risques réalisée de manière pluriprofessionnelle. La cartographie des risques a été revue et étoffée depuis 2016. Un croisement avec les plaintes et réclamations est dorénavant opéré afin de s'assurer de l'exhaustivité des données disponibles au niveau de la clinique.

Les axes prioritaires d'amélioration sont déclinés dans un programme d'actions spécifique au secteur de la naissance, et intégrés au programme global de la Clinique.

Ce programme a été validé par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage de la salle de naissance est assurée par une cadre sage-femme dont les missions sont définies dans une fiche de poste. Elle fait partie du conseil de surveillance du réseau AURORE. Le fonctionnement de la salle de naissance est régi par une charte du bloc obstétrical.

Les circuits de prise en charge sont individualisés avec des procédures comme par exemple : « travail spontané », « césarienne programmé », « accueil en cours de grossesse ». La prise en charge en urgence est prévue avec un mode d'accès différent la nuit et une zone d'accueil spécifique.

L'organisation du secteur prévoit en conformité avec la réglementation le nombre de sage-femmes et d'auxiliaires avec des profils de poste définis et accessibles. Le recours à des vacataires sages-femmes est rare et est organisé avec une période de tutorat pour les deux premières gardes. Des référents sur le risque infectieux sont définis et identifiés. Le recours aux compétences médicales est organisé en journée et en garde.

Une procédure « Césarienne Code rouge » est en place. Un plan de formation spécifique au secteur de naissance est en place et communiqué auprès des professionnels via le cadre. La formation continue des personnels est prévue à la fois par des formations extérieures en lien avec le réseau AURORE par exemple ou en interne avec un calendrier prévisionnel annuel actualisé et suivi. De nombreux protocoles internes sont formalisés et accessibles par la base documentaire.

L'organisation des maintenances est prévue par des contrats avec des prestataires extérieurs et contrôlée par le service biomédical. Le support du dossier d'accouchement est en papier, et conçu sur la base du dossier en vigueur auprès des Hospices de Lyon. L'organisation prévoit que la patiente dispose de son dossier d'accouchement. De nombreuses conventions existent entre la clinique et les établissements du secteur, par exemple l'hôpital d'Arbresles, l'hôpital de la Croix Rousse pour la prise en charge des parturientes, des nouveau-nés et l'autopsie des fœtus. La clinique participe au réseau AURORE dans le cadre de la permanence des soins. La prise en charge des embolisations en cas d'hémorragie est organisée avec deux radiologues locaux et un mode dégradé est prévu vers le CHU Lyon Sud par convention en cas d'absence des deux radiologues.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Un projet de service sur l'allaitement maternel et la bienveillance avec la participation des soignants est en cours. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Les soignants rencontrés connaissent les risques retenus dans l'analyse et les formations prévues. Deux programmes basés sur des risques identifiés par le secteur de naissance font l'objet d'action de suivi par des indicateurs avec un pilote désigné (cadre) et un échancier annuel (Prise en charge des hémorragies du post partum (HPP), Risque anoxoischémique du nouveau-né). Des évaluations de pratiques professionnelles sont organisées par le secteur de naissance de façon constante sur la bonne mise en place du code rouge, la surveillance des HPP, l'allaitement maternel. Les soignants rencontrés au niveau de la salle de naissance sont bien informés des actions engagées et y participent. Les actions en particulier sur les risques identifiés et suivis (HPP, Risque anoxoischémique) sont communiquées et connues des professionnels de terrain. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Le secteur de naissance participe aux réunions de morbidité mortalité (RMM) de la clinique organisées 3 à 4 fois par an et aux réunions RMM du réseau AURORE avec la participation active du pilote du processus et d'un médecin accoucheur. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Dans le cadre de l'analyse a posteriori, les événements

indésirables déclarés sont analysés avec une restitution par le cadre aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont disponibles, en cohérence avec la réglementation, avec une présence 24h/24. Des référents sur le risque infectieux sont présents. L'accès aux compétences médicales est connu avec affichage des tableaux de garde et astreinte (un gynécologue et un anesthésiste de garde, un pédiatre d'astreinte pour répondre aux exigences du niveau 2A). Un tableau tenu par l'équipe du matin reprend les noms des médecins de garde du jour avec leur numéro d'appel. Une équipe dédiée aux césariennes est individualisée dans le planning du bloc opératoire.

Le plan de formation est mis en œuvre (par exemple le risque anoxio ischémique, la réanimation néonatale).

Les ressources en matériels sont adaptées. La salle de naissance comporte 4 salles de pré travail, 6 salles de travail et une salle pour la prise en charge des nouveaux nés, équipée d'une table de réanimation. Une salle de césarienne dédiée est située en bloc opératoire, adjacente au secteur de salle de naissance, avec une procédure de gestion de la césarienne programmée (admission dans le bloc par son circuit spécifique) et de la césarienne en urgence (admission directe depuis le secteur de salle de naissance). Un secteur de néonatalogie de 9 berceaux avec 2 tables de réanimation du nouveau-né est situé en prolongement du secteur de naissance et est protégé par un digicode.

Les matériels nécessaires à la prise en charge de l'urgence adulte sont à disposition avec un chariot d'urgence « adulte » et un chariot spécifique à la prise en charge du risque hémorragique établi sur la base des recommandations nationales de l'étude « Pythagore ». Ces chariots sont vérifiés avec traçabilité une fois par mois soit par un médecin anesthésiste, soit par un IADE. La maintenance des matériels est organisée par le service biomédical, avec des vérifications préventives tracées sur chaque appareil. Dans le cas des échographes, le secteur de naissance dispose de 3 appareils régulièrement révisés et d'un matériel en cas de besoin au niveau du bloc opératoire.

Suite aux aménagements et aux réorganisations mises en œuvre, l'organisation des locaux permet de respecter dans tous les cas les bonnes pratiques.

Pour le bio nettoyage des locaux, le secteur de naissance a recours à un prestataire extérieur commun à la clinique. Les chariots de ménage sont maintenant entreposés dans des locaux dédiés.

Dans le secteur néonatalogie, l'appareil de radiologie mobile permettant de réaliser les examens d'imagerie du nouveau-né est maintenant situé dans une zone identifiée avec une porte fermée. La clinique a acheté des panneaux plombés qui sont positionnés lors de chaque radiologie. Le nombre de radiologies effectuées n'excède pas 5 par mois. Une procédure a été rédigée sur le risque d'exposition aux rayonnements ionisants et l'ensemble du personnel a été formé.

L'accès aux éléments de prise en charge en temps utile est maintenant organisé, même si le logiciel utilisé par les gynécologues-obstétriciens dans leur cabinet de consultation n'est pas interfacé avec la clinique : en cas d'admission en urgence, le gynécologue de garde grâce à un ordinateur dédié avec un code secret dédié, peut accéder au dossier et l'éditer en cas de besoin. Le dossier de suivi de grossesse en consultation est donc toujours disponible quelle que soit l'heure d'arrivée.

Les ressources documentaires sont disponibles. Les protocoles établis par le réseau AURORE sont téléchargés par le cadre deux fois par an avec une diffusion via la base documentaire. Le cadre du secteur et deux médecins sont impliqués dans la rédaction des protocoles du Réseau et participent aussi aux réunions. Les protocoles et procédures internes et de réseau sont connus des professionnels qui les consultent à partir de la base documentaire. Il existe un mode dégradé en cas de panne informatique avec un classeur regroupant les protocoles les plus fréquemment utilisés disponibles dans la salle de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels de la salle de naissance connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La surveillance du rythme cardiaque fœtal et des contractions est assurée avec des postes de surveillance informatisés accessibles dans la salle de soins et en salle de repos des soignants avec un dispositif d'alerte. La prise en charge des césariennes en urgence est connue des professionnels. Les sages-femmes prescrivent dans le cadre de leur champ d'autorisation sur le module de prescription. Le nouveau-né est pris en charge dans un secteur dédié. Le premier examen est réalisé par la sage-femme. Les modalités de recours au pédiatre sont connues des professionnels. La surveillance du nouveau-né pendant les deux heures post accouchement est assurée en conformité avec les recommandations de bonnes pratiques. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Un staff hebdomadaire auquel participent le cadre, les médecins, les sages-femmes est organisé pour le suivi de l'activité et l'organisation de la semaine à venir. La traçabilité des actions et de l'activité réalisée est assurée. Les consentements à la prise en charge en maternité et à la prise en charge anesthésique sont présents dans les dossiers. L'évaluation de la douleur est tracée le plus souvent à l'admission, et sur le partogramme régulièrement. Le dossier comprend le partogramme, une fiche spécifique de surveillance des deux heures post accouchement, le dossier d'anesthésie. Un compte rendu de l'accouchement manuscrit est rédigé systématiquement sur le partogramme par le médecin accoucheur. Le dossier de surveillance du

nouveau-né est intégré. La salle de césarienne au sein du bloc opératoire bénéficie d'une fiche d'ouverture de salle au même titre que les autres salles du bloc opératoire. Les ouvertures des salles de travail, de pré travail et de prise en charge des bébés sont réalisées quotidiennement et tracées sur une fiche papier dans chaque salle avec vérification du contenu, du bon fonctionnement des matériels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus, sur la base d'outils identifiés. Des évaluations de pratiques professionnelles et des analyses de causes en RMM sont réalisées. Le pilote du processus réalise un tableau de bord exhaustif de recueil de nombreux indicateurs quantitatifs et qualitatifs (HPP, SURMIN, présence d'un compte-rendu d'accouchement systématique, taux de césariennes, nombre d'accouchements, taux de complications maternelles, fœtales...) qui sont transmis annuellement au réseau AURORE, avec une restitution auprès des équipes en début de chaque année lors d'une réunion spécifique.

A / AGIR

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

Le résultat des évaluations conduit à la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Toutes les actions sont réalisées en lien avec le réseau AURORE ou en interne au niveau de la salle de naissance. Elles sont intégrées au programme qualité gestion des risques de la clinique depuis 2016, elles ont été revues en 2017. Elles font l'objet d'un suivi au niveau institutionnel permettant un réajustement du programme et une mise à jour de la cartographie. Les actions d'amélioration sont maintenant conduites de manière structurée dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité. La communication sur les résultats d'évaluation et actions d'amélioration est réalisée par l'équipe d'encadrement lors de staffs.