HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

RAPPORT DE CERTIFICATION

HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD - VERT COTEAU

12 impasse du lido
13012 Marseille

MARS 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. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE 8
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ 8
4. 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 11

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES 12

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX 16

DROITS DES PATIENTS 20

PARCOURS DU PATIENT 23

DOSSIER PATIENT 29

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT 33

PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS 38

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE 42

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE 48

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE 53

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE 57

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 apects 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 maitriser 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 maitrisée 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 : *Sigle AP*	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.
Elément d'investigation obligatoire	Elément-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 *Sigle P / D / C / A*	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : - 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 : *Sigle PT*	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 : - <u>Point sensible</u> : 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> : 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> : 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

HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD - VERT COTEAU	
Adresse	12 impasse du lido 13012 Marseille
Département / région	BOUCHES-DU-RHONE / PACA
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	130038847	HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD - VERT COTEAU	12 impasse du lido 13012 Marseille
Etablissement de santé	130784713	HOPITAL PRIVE MARSEILLE - BEAUREGARD - VERT COTEAU	12 impasse du lido 13012 Marseille

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	78	38
MCO	Gyneco-Obstétrique	103	/
MCO	Médecine	93	/

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

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé encourage l'établissement à poursuivre sa démarche de management de la qualité et des risques.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Sujet âgé	Cardiologie	Syndrome coronarien aigüe. Coronarographie +stents	Urgences	Simple, hospitalisation complète	MCO
2	Adulte	Endoscopie	Endoscopies digestives avec anesthésie	Programmé	Simple, ambulatoire	MCO
3	Enfant	Chirurgie	LES, adénoidectomie cautérisation	réglé	Complexe, ambulatoire	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
			cornets			
4	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Chirurgie du pied	Programmé	Simple, ambulatoire	MCO
5	Femme	Gynécologie-obstétrique/ Salle de naissance	accouchement-urgence-anomalie du RCF.	Urgences	Complexe, hospitalisation complète	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale, collective, organisée et suivie de gestion de la qualité et des risques. L'établissement doit montrer que sa démarche n'est pas liée uniquement à des actions immédiates et correctives liées à des événements indésirables, une situation de crise ou à l'actualité, mais fondée sur une approche systémique de la qualité et des risques et intégrée au projet managérial. De plus, cette démarche globale doit intégrer la préparation aux situations sanitaires exceptionnelles dans le cadre du plan blanc.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Le projet d'établissement a été ré-écrit en 2015 pour une durée de 5 ans. Il fait suite au rachat de l'Hôpital Privé Marseille Beauregard (HPMB) par le groupe Etablissements Sainte Marguerite (ESM). En effet, un projet vient d'être déposé auprès de l'ARS visant à construire un nouveau site pour y installer un nouvel hôpital privé regroupant les établissements de Beauregard ET Vert Coteau . La politique qualité est largement définie. Elle comprend un volet de politique générale qui s'appuie sur le CPOM, une politique des EPP pour 5 ans et un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle intègre la gestion des crises. La politique générale de qualité prend en compte les besoins et les risques identifiés au cours de "Revues de directions" qui ont lieu tous les 4 mois. Les axes et les objectifs d'améliorations sont clairement définis et communiqués aux cadres de secteurs. Dans le cadre des Revues de directions, une analyses des risques majeurs et mineurs est réalisée. Elle conduit à enrichir la cartographie des risques du secteur concerné et permet une priorisation des actions en fonction de la gravité des risques. On précise que la revue de direction est faite pour mesurer le risque en fonction du contexte de l'établissement et des spécificités des pathologies présentes. La politique est déclinée en un programme d'action formalisé et priorisé qui prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés et des modalités de suivi.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a mis en place une organisation au niveau institutionnel pour piloter ce processus. Cette volonté fait suite à un historique riche d'une organisation provenant du précédant exploitant. Il existe un comité de pilotage dont le rôle et les responsabilités sont définis ainsi qu'un organigramme du service qualité précisant les référent de l'établissement sur les divers thèmes : gestion des risques, gestion des plaintes. Ils disposent de fiches de postes et pilotent avec des outils informatiques adaptés à leurs contraintes . Les revues de direction permettent d'identifier les risques par secteur qu'ils soient a priori ou a posteriori. Ainsi les besoins en moyens humains et matériels sont ajustés tous les quadrimestres à l'aide de ce suivi opérationnel. Il en est de même de la gestion documentaire et des supports informatiques qui font l' objet d'une analyse et de demandes d'améliorations des cadres qui conduisent à des ajustements. Les instances régulières (CLIN, COVIGERIS, COPIL, CME) sont opérationnelles. Elles permettent de communiquer sur les plans d'actions, les résultats des indicateurs ou les divers suivis et de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés dans chaque processus. Une réflexion plus spécifique est en place pour garantir la coordination entre les services en lien dans le prise en charge du patient.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Les cadres de chaque secteur déclinent la politique qualité institutionnelle en plans d'actions qualité. Ils sont eux même rendus opérationnels du fait de leur spécification au pathologies et aux secteurs géographiques de l'hôpital. La stratégie concourant à sensibiliser et à impliquer tous les professionnels quel que soit leur statut et leur fonction se base sur un programme d'amélioration continue de la qualité consultable par tous sur le site web, et sur des instances actives (CLIN, CLAN, CLUD, COVIGERIS) et dans lesquelles les cadres sont présents. La politique d'EPP s'élabore en CME en lien étroit avec la direction avec l'appui technique et méthodologique d'un professionnel dédié par l'hôpital à cette mission. Les représentants des usagers sont impliqués au cours des CRU pour enrichir les plans qualités en lien avec l'analyse des fiches d'évènements indésirables. Le Directeur ESM/Responsable Qualité s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux procédures formalisées. L'implication des personnels se retrouve dans leur préparation à la certification en groupe de travail pluridisciplinaire nommé "groupes d'autodiagnostic" au cours desquels sont listés les actions complémentaires nécessaires à l'atteinte de l'objectif fixé . Le travail d'analyse fait, l'ensemble des acteurs participe à la mise en œuvre des actions correctives qu'ils devront présenter en revue de direction avant 4 mois glissant. Une communication des résultats est opérationnelle par plusieurs canaux : site internet, réunion

d'instances et les comptes-rendus, affichage d'information, réunion de services et réunion annuelle à l'extérieur de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Un service qualité piloté par le Directeur ESM/Responsable Qualité est opérationnel et un organigramme dédié à la qualité définit les rôles et missions de chacun. La direction des soins relaye les messages qualité et partage la mise en œuvre avec l'encadrement de proximité. La documentation papier (classeur de procédures) ou informatique(site) est complète, actualisée et adaptée selon les secteurs et accessible pour tous. L'hôpital peut s'appuyer sur des représentants des usagers formés, impliqués dans les instances.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Une démarche d'évaluation des risques a priori s'appuyant sur les travaux antérieurs à permis de lancer les revues de direction au cours desquelles la hiérarchisation des risques est validée ainsi que la détermination des modalités d'actions ; ces plans d'actions transversaux par services de soins viennent compléter le programme global de gestion de la qualité connu et validé. L'ensemble des actions, plans, évaluations des pratiques professionnelles, CREX, RMM sont systématiquement en équipe double (qualité/soins). Les actions menées sont tracées dans l'outil informatique ; le circuit de gestion des évènements indésirables est porté par une application informatique très utilisée et très appréciée des personnels car elle permet d'avoir une analyse des causes profondes, une vision des actions menées, des résultats obtenus et des audits en cours. Le service risques et vigilances traite les fiches d'évènements indésirables, cote la gravité et agit en conséquence selon un protocole défini. La gestion des plaintes et réclamations est opérationnelle avec une personne dédiée à cette mission ; elle garantit le bon déroulement de l'enquête auprès des cadres de services, la qualité de la réponse et le respect des délais légaux et un tableau aux standards ARS est tenu rigoureusement. Le programme des EPP a été revu en 2015, réduit en fonction des priorités de services et en regard des risques majeurs identifiés. Ce programme s'intègre parfaitement au programme qualité annuel. Un COVIGERIS est en place, managé par un pharmacien coordonnateur de risques. Il a pour mission de coordonner les vigilances et assurer la veille sanitaire ; il utilise les moyens informatiques de l'hôpital (dont le site internet) et veille aux mises à jour des plans blanc ou autres, des simulations et exercices et des réajustements.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'hôpital assure régulièrement l'évaluation et le suivi, soit par l'utilisation des revues de directions et des indicateurs présents dans les audits, soit par le bilan des plans d'actions réalisées par chaque instance (plus particulièrement le COVIGERIS, le CLIN, le CLUD), soit les tableaux de bord financiers, de ressources ou des IQSS. Les audits et enquêtes sont centralisés par la cellule qualité qui propose des analyses au COPIL. Celui-ci les traite en comité gestion de risques. C'est la cellule qualité qui détermine la gravité des risques après échange avec le cadre de santé, ce qui permet de décider de la réévaluation des actions. L'exhaustivité du planning des audits et des actions amélioration constituent une évaluation tous les 4 ou 8 mois du management de la qualité.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les résultats des audits et plaintes et l'analyse de la satisfaction patient, les synthèses par quadrimestre des revues de directions, les analyses des résultats des fiches d'événements indésirables concourent tous au plan d'amélioration de la qualité . Les actualisations sont réalisés pour partie tous les 4 mois et de façon systématique annuellement. Le support de diffusion principal est le site internet de l' hôpital, mais des affichages sont réguliers et nombreux ainsi que des présentations en service ou plus institutionnelles. Une communication spécifique est faite en CRU pour les représentant des usagers et à usage externe.

GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Gestion du risque infectieux » vise à évaluer que l'établissement a établi et mis en œuvre un programme de maîtrise du risque infectieux adapté à son activité et en cohérence avec les objectifs nationaux. Ainsi, les activités à haut risque infectieux, telles que la réanimation, la néonatalogie, et les activités des secteurs interventionnels exigent un haut niveau de prévention et de surveillance.
Le bon usage des antibiotiques doit permettre d'apporter le meilleur traitement possible au patient et de limiter l'émergence de bactéries résistantes.
Il repose sur un effort collectif de l'ensemble des professionnels de santé. En outre, l'hygiène des locaux est un des maillons de la chaîne de prévention des infections nosocomiales.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
L'établissement Beauregard a mis en place une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de suivi nombreux et récurrents. La cartographie est générée par les acteurs de terrain sur la base d'une méthodologie unique à Beauregard qui reprend le circuit complet du patient les acteurs impliqués et les matériels dévolus. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Elle est ancienne et basée sur une antériorité normative ISO depuis 1998 qui s'étend sur toutes les activités à risques de l'établissement. Cette politique pérenne depuis cette date est menée en lien très étroit ente la direction et les professionnels. Des réunions de CLIN sont assurées par semestre et font partie de la revue de direction. Des RCP Infectiologie ont lieu toutes les 3 semaines avec la participation des professionnels de terrain concernés, avec le laboratoire de bactériologie, pour analyser les causes de chaque émergence des infections acquises ou importées et les prescriptions d'antibiothérapie. Cette organisation est en place depuis 2007. La politique est déclinée en un programme d'action formalisé et priorisé qui prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés et des modalités de suivi.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La méthodologie est commune à toute les gestions de risques propre à Beauregard avec un COPIL resserré par thématique, opérationnel dans sa déclinaison et en lien permanent avec la direction lors de revues de direction quadrimestrielle assurant la déclinaison des projets et la réalisation des activités. Le lien avec les instances est assuré entre le CLIN, l'inter-CLIN dans le cadre des établissements du groupe Sainte Marguerite et la CSSI. La pharmacie y est représentée dans le cadre du CBU, ainsi que la commission des déchets et les RCP Infectiologie. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le coordonnateur des risques est associé aux décisions qui sont déclinées sur le terrain par l'EOH. Des référents soignants sont présents et formés dans chaque unité. L'élaboration de procédures est assurée par l'équipe avec l'aide méthodologique de la cellule qualité ; elles sont souvent communes aux autres procédures du groupe dont les activités sont semblables lui conférant de l'élargissement en matière d'expérience, source positive de parangonnage. L'hygiène des locaux est assurée par une équipe interne après ré-internalisation, coordonnée par une responsable hôtelière, membre du CLIN, qui assure la formation des ASH. La prescription nominative des antibiotiques, l'actualisation de l'antibioguide et l'alarme de durée pour la prescription sont des organisations mise en place pour promouvoir le bon usage des antibiotiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Elle est assurée par des cadres de soins opérationnels très investis sur le terrain. Tous les acteurs : équipes, usagers, patients sont associés à l'effectivité de la mise en œuvre de la lutte contre le risque infectieux associés aux soins. Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. De nombreux protocoles actualisés sont mis à disposition des personnels soit en ligne soit dans les service sous forme papier. Chacun doit valider les information reçues et de nombreux audit (certains trimestriels) assurent l'évaluation périodique des informations reçues et leur niveau d'intégration. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les réunions de cadres permettent d'assurer une mise à niveau des compétences et connaissances. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Elles sont discutées globalement en réunion de direction et en CSSI pour validation et diffusion. De nombreuses actions réalisées et les résultats obtenus sont diffusés en interne ainsi que le retour

d'analyse des FEI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en compétences sont assurées dans chaque unité visitée. Les professionnels bénéficient de formations internes (EOH, infirmière hygiéniste, responsable hôtelière) et externes (régionales ou inter-établissement). Les ressources en matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. La présidente du CLIN assure les conseils en infectiologie. La pharmacienne régule et valide les prescriptions antibiotiques. Les documents : procédures et protocoles sont tous disponibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé, assuré grâce à un large parc d'outils informatiques fixes et mobiles. Le matériel est disponible en nombre, les locaux et les équipements sont adaptés à la prise en charge. Le bio nettoyage est contrôlé. La formation est pérenne et considérée comme l'élément déterminant en matière de risque et d'engagement institutionnel.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement interface. Il existe un dispositif de surveillance épidémiologique et de la consommation et de la résistance des antibiotiques. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités est assurée. Les indicateurs sont diffusés. La réévaluation de l'antibiothérapie à 72 heures est assurée et tracée dans le dossier informatisé. Les scores sont tous optimum.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés: indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité. De nombreux audit (15) sont réalisés, soit au fil de l'eau soit trimestriellement comme l'hygiène des mains et des surfaces. Les résultats sont largement diffusés. Les audits sont l'occasion pour l'EOH et l'IDE hygiéniste de compléter la formation des personnels, ce qui rend ces pratiques d'analyse plus attractives et didactiques. Tous les résultats et indicateurs sont restitués lors des revues quadrimestrielles de direction. Le parangonnage avec les autres établissements du groupe Ste Marguerite assure et complète les CREX. Des RCP "infectieux" ont lieu toutes les 3 semaines et réunissent les partenaires concernés : EOH, CLIN, Bactériologie et acteurs de terrain.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et du groupe. Des supports et modalités de diffusion sont établis. et accessibles sur le site de l'établissement. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des audits et plaintes et l'analyse de la satisfaction patient, les synthèses par quadrimestre des revues de directions, les analyses des résultats des fiches d'événements indésirables concourent tous au plan d'amélioration de la qualité. Le support de diffusion principal est le site internet de l'hôpital, mais des affichages sont réguliers et nombreux ainsi que des présentations en service ou plus institutionnelles. Une communication spécifique est faite en CRUQ pour les représentant des usagers et à usage externe.

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
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Il existe une politique des droits du patient, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques issue de la cartographies des risques construite en 2014 au cours des revues de direction ; les risques a priori ont été listés puis les cadres et le service qualité ont apporté les risques a posteriori pour chaque secteur d'activité. Cette politique comprend des objectifs qualitatifs ou quantitatifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse de risques initiale et au contexte général et spécifique de l'hôpital. Un chapitre politique est présent dans le nouveau projet d'établissement déposé en décembre 2015 à l'ARS. Il se décline en projet de soins, social et médical. Le respect des droits des patients est inscrit dans les orientations stratégiques en association avec la CRU. Il a été validé par la CME et toutes les instances concernés. La politique est déclinée en un programme d'actions formalisé et priorisé qui prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés et des modalités de suivi.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Le Directeur ESM/Responsable Qualité du groupe Établissements Sainte-Marguerite (ESM) manage le service qualité en articulation avec la Direction des Soins Infirmiers (DSI). Les rôles et les responsabilités sont clairement définis et formalisés à travers les fiches de postes des professionnels et un organigramme incluant les fonctions qualité et transversales. Au regard de la cartographie des risques et des besoins identifiés, l'hôpital privé prévoit les ressources nécessaires. Ressources humaines : des effectifs conformes et diplômés et des formations spécifique aux droits du patients et à la bientraitance sont nombreuses et réalisés tous les ans comme en témoigne le plan de formation 2015. Les ressources matérielles et documentaires sont présentes : matériels adaptés tels que les outils informatiques ou les livrets d'accueil spécifiques. Les ressources documentaires sont nombreuses : un site informatique sécurisé et des classeurs riches de toutes les procédures et protocoles utiles permettent aux personnels de se former en continu et des campagnes d'affichage à destination du patient sont en place dans l'hôpital. Le livret d'accueil du patient explicite la politique des droits du patient. Il permet au patient de connaître ses droits à travers les pages dédiées à la loi Léonetti, les engagements des équipes de soins sur la prise en charge de la douleur, les chartes de bientraitance et l'information sur la CRU. Le livret précise la possibilité pour le patient de s'exprimer, notamment à l'aide du questionnaire de satisfaction. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels de métier et de statuts différents (salariés et libéraux).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Toujours en référence aux risques identifiés et spécifiés à leur service, les cadres de santé des services d'hospitalisation complète et d'ambulatoire, des services médico-techniques, des blocs opératoires, de l'imagerie, des urgences et de la maternité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en plans d'actions opérationnels issues des travaux menés dans les instances et qui s'appuient sur l'analyse des fiches d'évènements indésirables et des plaintes ou réclamations centrés sur les droits des patients. Cette déclinaison favorise la concertation pluridisciplinaire et l'implication des équipes notamment par des formations régulières et des réunions de services. Les responsables de secteurs s'assurent de la conformité des pratiques au regard des procédures disponibles en pratiquant de très nombreux et fréquents audits (audits standards et spécifiques, audit droit du patient comportant 85 questions réalisé tous les ans dans tous les services). Les résultats de ces audits permettent la mise en place d'actions correctives en cas de dysfonctionnements constatés ou score insuffisant. Les résultats sont communiqués aux équipes en continu et contribuent à maintenir une dynamique qualité réelle et étendue aux plus grand nombre.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en compétences sont bien adaptées en nombre et en formation (bientraitance, information en cas de dommage liée aux soins, loi Léonetti). Les ressources matérielles et documentaires sont en adéquation avec les besoins. Le livret d'accueil et le

livret d'information patient (LIP) sont adaptés aux secteurs d'hospitalisation (5 différents) et une documentation adaptée et actualisée sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.
Les plans de formation témoignent de l'investissement de l'hôpital quant aux droits du patient : commission éthique, sensibilisation au don d'organe, bientraitance, douleur, loi Léonetti.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les observations réalisées en visite sur le terrain et par la méthode du patient traceur confirment que les secteurs maternité, urgences, chirurgie complète et ambulatoire et les services de médecine et de soins continus et l'imagerie mettent en œuvre les organisations et le fonctionnement prévues pour les droits des patients.
La confidentialité (pochette anonymisée et placards à dossier fermés, politique de code d'accès informatique), la dignité, l'intimité (rideaux de séparation, box ambulatoire individuel) des patients sont respectées lors des soins d'hygiène comme dans les conditions d'hébergement. Les organisations et pratiques assurent le respect des libertés individuelles (protocoles d'isolement, contentions prescrites et ré-évaluées).
Les patients sont informés de leur droit (recueil du consentement éclairé tracé) et des modalités de prise en charge (refus de soins, dommage lié aux soins) ainsi que leur entourage.
Le projet personnalisé de soins est contenu dans le SIP qui a été pensé dans cet objectif.
La traçabilité des actions réalisées est assurée surtout depuis la mise en place du dossier patient informatisé et du site internet très accessible et convivial.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés par le pilote du processus de concert avec la direction des soins et les cadres de santé, sur la base d'indicateurs : IQSS et audits internes (audits standards et spécifiques, audit droit du patient comportant 85 questions réalisé tous les ans dans tous les services), de tableaux de bord et des synthèses des revues de direction.
Les questionnaires de sortie ont un bon taux de retour grâce aux efforts des personnels. De plus, l'hôpital participe à l'expérimentation ISATIS. Les résultats sont exploités et donnent lieu à des actions d'amélioration qui entrent dans le programme annuel d'amélioration de la qualité.

A / AGIR

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

Les actions et évaluations mises en œuvre au sein des diverses instances ou au cours des revues de direction sont articulées avec le programme annuel de la qualité piloté par le service qualité.
Les audits et le suivi des actions conduisent à réexaminer les risques très régulièrement et à déterminer d'éventuelles mesures complémentaires, comme en témoignent le tableau des EPP et la politique de priorisation mise en place récemment. La communication vers les personnels est en place ; elle est portée par l'encadrement et utilise largement la qualité du site internet (espace professionnel). Il en est de même pour les professionnels libéraux et les usagers, a fortiori leurs représentants.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Il existe à l'hôpital privé de Beauregard à Marseille une stratégie du processus "Parcours Patient". La stratégie d'établissement prend en compte les besoins de la population. Cette politique du parcours patient est élaborée sur la base d'une identification des besoins, du contexte du système de soins du département et de la ville de Marseille. On la retrouve dans le projet d'établissement validé fin 2015 par le biais du projet médical et du projet de soins. Ce nouveau projet d'établissement vient d'être déposé auprès de l'ARS et fait mention d'un projet architectural sur un nouveau site pour y installer un nouvel hôpital privé regroupant les établissements de "Beauregard" et de "Vert Coteau". Par ailleurs, la politique qualité comprend un volet de politique générale qui s'appuie sur le CPOM avec un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Elle prend en compte les besoins et les risques identifiés au cours des revues de directions qui ont lieu tous les 4 mois et présentés par les cadres. Elles permettent d'identifier les risques par secteur qu'ils soient a priori ou a posteriori, d'ajuster les ressources humaines, matérielles, documentaires, de valider les pratiques et les audits. Les différentes instances et plus particulièrement la Revue de Direction prennent en compte la conformité des pratiques par une veille réglementaire systématique. Le COPIL se réunit avec la même régularité. Les instances (CME, CSSI, CLIN, CLAN) sont informées par le biais des représentants qui siègent soit au sein du COPIL et /ou de la Revue de Direction. La politique "Parcours Patient" prend en compte les spécificités de l'établissement: maternité de niveau 2A, néonatologie 12 lits, médecine, chirurgie, patients atteints de pathologies cancéreuses en hospitalisation complète ou ambulatoire. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement de risques adaptés à la réglementation en vigueur, aux données issues de leur analyse, aux résultats des IQSS, aux résultats de la visite de certification V2010 ainsi qu'aux audits, RMM, EPP, CREX réalisés par service. Cette politique est élaborée sur la base d'une identification des besoins déclinés lors de la Revue de Direction, relayée par la Direction de la qualité et appuyée sur une analyse des risques a priori et a posteriori qui porte sur le processus de prises en charge spécifiques ou non des patients. Cette analyse des risques est réalisée pour toutes les prises en charge 24h/24 et 7/7 jours : elle intègre toutes les pathologies, les spécialités, les acteurs de soins et les services comprenant également les services de logistiques et les prestataires externes. Le projet qualité, gestion des risques qui découle de cette politique s'articule autour de la sécurité des soins et la maîtrise de l'organisation de la gestion des risques, plus particulièrement sur l'appropriation des démarches qualité par les professionnels de terrain. Le développement du contrôle interne et l'utilisation des méthodes qualité sont au service de l'efficience de l'écoute du patient et du respect de ses droits en lien avec les représentants des usagers et la CRUQPC. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé qui décrit les ressources et modalités de suivi identifiées.

ORGANISATION INTERNE
La Direction générale ESM (Établissements Sainte -Marguerite) a structuré dans son organigramme une gouvernance par des sous directions opérationnelles. Le processus "Parcours Patient" est copiloté par 5 membres dont le Directeur Général, la Direction des soins, un médecin Président du CLIN / secrétaire de la CME, de la Direction administrative et financière et de la Responsable planification et urgences. Les missions sont définies pour ces pilotes. Une organisation interne assure l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge. La permanence des soins est assurée : des règles de présence et un système de gardes et astreintes sont mis en place pour assurer la permanence des soins 24h/24 sur l'ensemble des secteurs. La direction des Ressources Humaines en collaboration avec la Direction des soins et les cadres de service, analyse et priorise les besoins quantitatifs et qualitatifs en personnel. Les moyens en personnel peuvent être mutualisés (pool de remplacement). Les modalités de recrutement sont définies avec l'intégration des nouveaux arrivants, un livret d'accueil est remis aux nouveaux arrivants. Des documents génériques ou spécialisés sont formalisés en fonction de l'activité des services (protocoles, procédures, consignes). Des livrets spécifiques (5) sont également donnés aux patients en fonction de la pathologie : les LIP (livret Information Patient qui contiennent les informations sur la prise en charge interventionnelle et les consentements ou autorisations). L'informatisation de la prise en charge sur le parcours patient intégré au système d'information hospitalier, est définie et mise en place dans tout l'établissement. L'établissement favorise les actions de formation dans de nombreux domaines que se soit sur les prises en charge des patients mais également sur les nouvelles pratiques et sur l'informatique pour le déploiement récent du dossier informatisé (SIP). L'établissement tient compte de l'activité et met à disposition des locaux adaptés en fonction de l'environnement et des parcours. Ils prennent en compte pour la plupart d'entre eux les besoins des

patients (malgré les contraintes architecturales actuelles), des soignants et des différents intervenants, les obligations réglementaires, les circuits, la sécurité, la confidentialité, l'intimité, l'attente des patients, des bébés (néonatologie) et de leurs familles.
L'établissement met à disposition le matériel pour la logistique inhérente aux diverses prises en charge du patient. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place. Une gestion des pannes est organisée (GMAO). La disponibilité des lits et places dans l'établissement est recherchée. Les services logistiques sont organisés pour le transport des analyses, produits sanguins, médicaments, brancardage.
L'établissement a mis en place une structuration et une organisation ainsi que des mécanismes de coordination permettant d'assurer le relais entre les équipes associées aux différents modes de prise en charge (ambulatoire) et avec les partenaires. Une organisation de la collaboration avec les professionnels des services de biologie (hémato, biochimie, virologie, anatomo-pathologie) ou d'imagerie (scanner, IRM, radiologie, radio ou cardiologie interventionnelle) est en place pour toute demande d'examen et /ou de transmission des résultats (d'imagerie, biologie...). De même, une organisation avec les partenaires extérieurs est prévue par l'établissement (IDE, médecins généralistes et spécialistes).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management (direction opérationnelle, cadres) organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. La mise en œuvre repose sur une concertation de l'ensemble des professionnels et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par la participation à l'élaboration des protocoles génériques ou de spécificités et par des informations régulières. Les médecins dont le Président de la CME, et les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues sur l'ensemble des sites. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats, actions priorisées (CQ), indicateurs QSS ou fiches d'évènements indésirables, plaintes, réclamations). Elles sont identifiées par l'équipe de la Direction qualité et les professionnels du processus parcours patient avec la participation des professionnels de terrain. Les résultats en sont communiqués aux équipes. Par ailleurs, chaque responsable de service met en œuvre les actions correctives consécutives aux recommandations issues des contrôles réglementaires à mettre en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont recherchées (effectifs, temps de travail respecté ainsi qu'amplitude horaire entre deux prises de poste). La permanence des soins (médecins, internes, infirmières, sages-femmes, puéricultrices, aides-soignants, auxiliaires de puériculture...) est organisée pour tous les professionnels. Les formations sont données en fonction des besoins des services, de la réglementation et en fonction des résultats d'audits. Le niveau de compétences suit la réglementation : diplômes, encadrement des services par cadres de santé. Les remplacements prévus ou inopinés sont assurés. Les tableaux de garde et astreintes médecins/soignants paramédicaux, agents de service sont affichés. Les listes avec numéros de téléphones sont disponibles.
Les ressources matérielles sont adaptées : services et chambres en fonction des spécificités des pathologies de patients (parturiente avec nouveau-né, réanimation, urgences, présentant un handicap, etc). Les services disposent des matériels en fonction des risques identifiés sur les prises en charge des patients (lève malade, aides techniques). Les chariots d'urgence avec défibrillateur sont accessibles dans tous les services. L'outil informatique est à disposition des professionnels de santé (ordinateur portable et individuel pour chacun des praticiens, ordinateurs dans tous les services pour les paramédicaux). Des référents du secteur biomédical interviennent dans les services et sur les appareils des secteurs spécialisés.
La documentation est accessible sur l'outil informatique : livret thérapeutique, Banque Claude Bernard pour les prescriptions médicales. Les protocoles et procédures, consignes le sont également ; ils sont adaptés, connus, participatifs, actualisés chaque année et systématiquement validés avant la mise en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dispositif d'accueil est organisé pour chaque site (Beauregard 1, Beauregard 2, Beauregard 3) y compris pour les personnes handicapées. Il permet d'assurer la prise en charge et/ou l'orientation des personnes se présentant en urgence. Le circuit des patients tient compte des prises en charge spécifiques, maladies chroniques et du degré d'urgence. Dès l'accueil, le patient est informé sur ses droits, devoirs et conditions de prise en charge. L'évaluation initiale médicale est réalisée dans un délai compatible, elle est tracée dans le dossier et l'évaluation paramédicale est établie. Un recueil de données exhaustif prend en compte l'ensemble des besoins, quels que soient le service et le lieu d'hospitalisation. Pour les enfants (périnatalogie), une autorisation parentale est demandée dans le cadre d'une procédure. Cette évaluation initiale systématique permet l'élaboration des diverses prescriptions médicales : médicamenteuses, laboratoire, imagerie, consultations spécialisées, actes de kinésithérapie, surveillance particulière. Ces actes sont tracés dans les dossiers papier (LIP, livret d'information patient/papier) et

dans le dossier informatisé du patient (SIP) .
Dans les services, le projet est décrit en tant que tel, ou sur macrocibles pour les soignants et/ou au travers des évaluations continuelles du patient. La réflexion bénéfice/risque est réalisée et tracée dans le dossier y compris pour les examens à visée diagnostique ou thérapeutique dans les secteurs à risques. La prise en charge repose sur des réunions informelles ou formalisées pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires. Le recours à des avis compétents de médecins spécialisés en interne ou en externe (gérontologie) ou du personnel transversal (infirmière d'annonce) peut être sollicité. La mise en place de staffs spécifiques, de RCP est réalisée. Ces prises en charge sont tracées par les intervenants dans le dossier (médecins, diététiciens, kinésithérapeutes, psychologues, assistante sociale).
La coordination est également effective pour les populations spécifiques comme les personnes âgées, enfants en néonatologie, patients porteurs de maladies chroniques ou à risque suicidaire pour lesquelles des protocoles sont définis. La prise en charge des urgences vitales est assurée. L'établissement a organisé le déploiement de l'éducation thérapeutique du patient. Les patients ayant besoin d'une prise en charge nutritionnelle spécifique sont identifiés. Des dépliants concernant l'éducation thérapeutique peuvent être remis aux patients afin qu'ils bénéficient de programmes autorisés auprès d'établissements périphériques.
La sortie et les transferts sont organisés en associant les partenaires en amont et en aval, en impliquant le patient et/ou son entourage. Le devenir est une préoccupation de tous les professionnels, en fonction de l'état du patient ou du bébé. Les professionnels peuvent faire appel à l'assistante sociale pour la prise en charge du patient. Si besoin, une demande en SSR, ou en EPHAD est faite. Des liens se font avec les infirmières à domicile, le médecin traitant, des associations de patients, les partenaires extérieurs et éventuellement des prestataires pour la continuité des soins.
Les analyses des différents patients traceurs confirment l'effectivité de ces bonnes pratiques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'hôpital privé Marseille-Beauregard assure régulièrement l'évaluation et le suivi du parcours patient par l'utilisation des revues de directions (tous les 4 mois) et des indicateurs présents dans les audits, soit par le bilan des plans d'actions réalisées par chaque instance, plus particulièrement le COVIGIRIS, le CLIN, le CLUD. L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés : suivi de la qualité, efficacité du processus parcours patient et de certains circuits ou interfaces par le biais d'indicateurs nationaux, régionaux, locaux, par des audits, EPP, RMM, questionnaires de satisfaction. Des audits ciblés peuvent être également initiés par l'encadrement des services à la suite d'une nouvelle pratique professionnelle ou des analyses des FEI. La continuité et la coordination de la prise en charge sont évaluées, notamment au regard des événements indésirables, des enquêtes de satisfaction. Les résultats des IQSS sont pris en compte et des audits permettent de voir si les actions mises en place sont réalisées sur le terrain.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des communications sont faites à la CME, au COPIL, aux usagers et à la CRUQPC. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels. On retrouve une participation active des professionnels à des congrès régionaux, nationaux, internationaux pour les praticiens (médecins spécialistes) sur des prises en charge spécifiques de patients adultes.

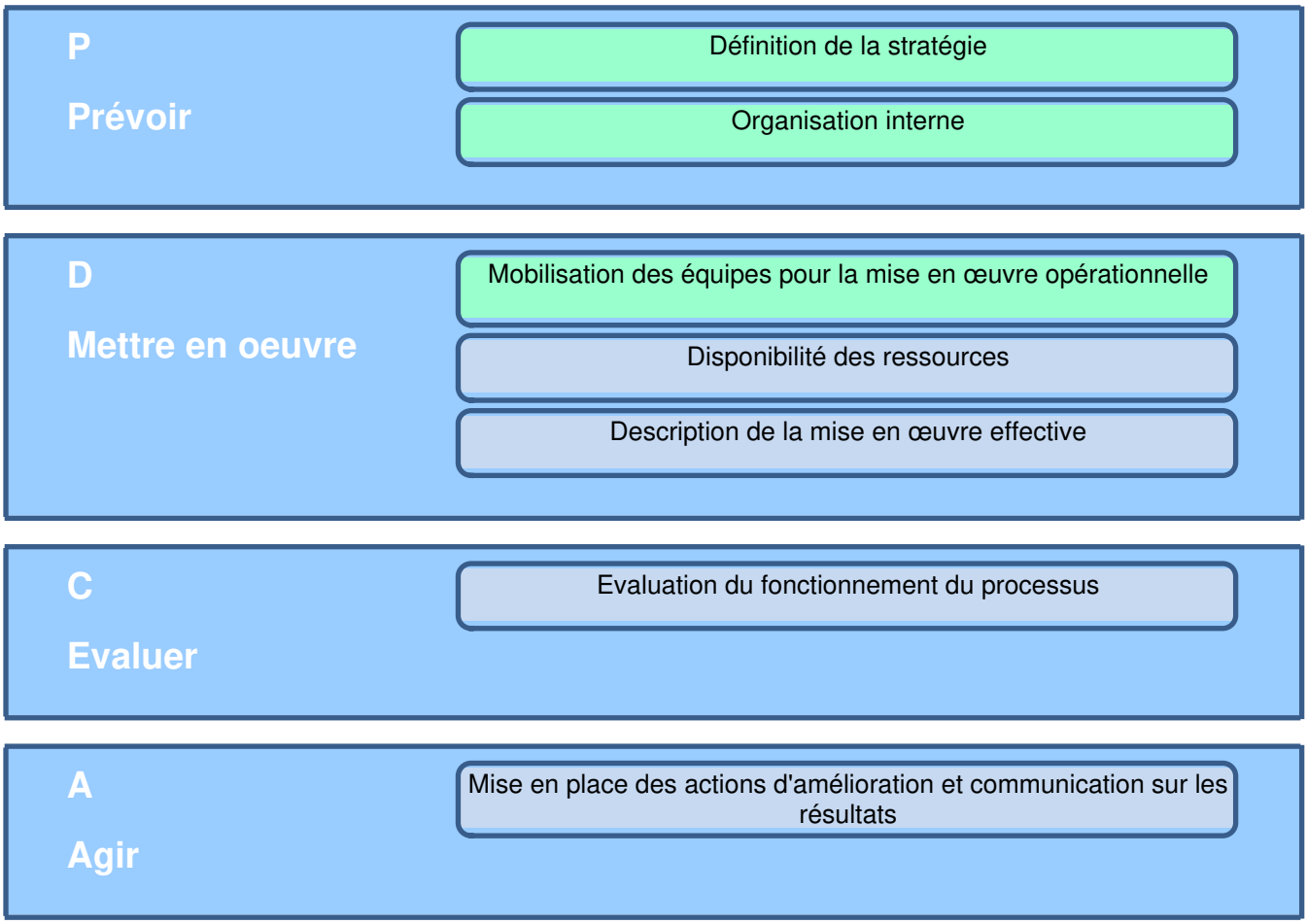
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Il existe une politique du dossier patient élaborée en 2015 pour une durée de 5 ans. Elle traite des règles de bonne tenue du dossier, d'accessibilité et de confidentialité. En outre, un projet nommé "objectif zéro papier" vise à travailler sur la réduction maximale des supports papiers. Le document de politique aborde aussi la règlementation et l'évaluation de la tenue du dossier. Ce support de stratégie prend en compte les risques en s'appuyant sur la cartographie des risques et en traitant les dysfonctionnements et les actions d'amélioration abordées au cours des revues de direction. La politique repose surtout sur l'informatisation du dossier grâce au développement et la mise en œuvre de plusieurs outils : le SIP (Suivi Informatisé du Patient), l'outil RESEBLOC de planification-programmation des actes interventionnels et les 5 LIP (Livret Information Patient). L'organisation de l'accès du patient a son dossier fait l'objet d'un chapitre dans la note de politique et d'une procédure spécifique. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé qui décrit les ressources et modalités de suivi identifiées.
ORGANISATION INTERNE
L'organisation pour piloter le processus du dossier est en place. Elle est managée par la direction des soins et la commission du service de soins infirmiers. Une coordinatrice SIP, cadre de santé, est référente dossier patient, détachée sur ce projet pour former les utilisateurs, améliorer l'outil informatique avec l'éditeur et ce, de manière continue, avec les avis et remarques remontés des équipes soignantes et médicales. Un guide de tenue du dossier est en ligne sur le site internet de l'établissement dans l'espace professionnel. Il décrit l'ensemble des attendus, les procédures de mode dégradé, le plan de reprise. Il existe une astreinte administrative 24h/24 qui peut faire appel à une astreinte informatique. Des actions de communication, des formations et des séries d'audits interne en plus des audits QSS sont en place dans les secteurs d'activité, les affichages et les comptes-rendus de réunion présents dans la gestion documentaire sur le site internet en témoignent.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Toujours en regard des cartographies des risques par secteur, le management de proximité décline la politique qualité en plan d'actions opérationnels. La direction des soins mobilise les cadres de santé au cours des instances (CSI, CLUD, CLIN) pendant lesquelles sont évoquées des problématiques de tenue du dossier et de leurs incidences. La DSSI s'assure avec son management de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures tenue du dossier). De très nombreux audits (consultables en ligne sur le site de l'établissement) sont menés par les services (2 en 2015 sur la tenue du dossier, en plus des indicateurs QSS. Les actions correctives sont mises en place en cas de besoin ou de baisse des indicateurs, et les résultats sont présentés en réunion de service pour mobiliser les équipes dans un esprit de démarche continue de la qualité.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources humaines sont adaptées. La directrice des soins et le service qualité sont en charge de la mobilisation des équipes. Une coordinatrice SIP, cadre de santé, est spécifiquement dédié au dossier patient, à son amélioration et à l'implication des acteurs dans une volonté de disposer d'un dossier complet communicant et pratique pour une prise en charge optimisée. La coordinatrice SIP, cadre de santé, est détachée sur un poste de formateur. Elle garantit une bonne intégration des personnels en formant en continu les acteurs ayant des besoins. Des demandes de modifications ou d'évolution du logiciel SIP sont formulées et les réponses sont apportées et mesurées. Les ressources matérielles sont adaptées au besoin et conformes. Des postes informatiques sont présents dans toutes les unités de soins. Ils sont sécurisés par clé biométrique et autorisent l'accès à tout ou partie du dossier selon la catégorie professionnelle.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Les règles de gestion du dossier formalisées et diffusées sur le site sont connues des personnels, appliquées et suivies dans l'utilisation du dossier en service de soins. L'accès par le patient à son dossier est fonctionnel. Il est coordonné par une secrétaire en charge du

circuit des plaintes et réclamations ; elle supervise cette partie du processus en lien avec le chef archiviste et son équipe sur les préconisations du médecin DIM.
L'accès au dossier du patient en temps utile est immédiat et total grâce au support informatique (SIP) et les moyens en matériels mis à disposition des personnels.
La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge est assurée pour tous les intervenants sur le SIP mais aussi sur les supports papier complémentaires qui sont scannés dans le dossier informatisé.
Concernant l'archivage du dossier, les dossiers sont récoltés par le service du DIM qui travaille à sa complétude à l'aide d'un logiciel "maison" qui permet d'interpeller les services en dettes de document devant enrichir le dossier (comptes-rendus, lettre de sortie,etc.). Un archivage organisé et opérationnel est en place ; il permet la communication du dossier en interne et en externe selon les besoins.
Enfin pour les demandes de dossiers des patients, un tableau de synthèse conforme aux attentes ARS est en place ; il montre le respect des délais légaux pour les deux types de demandes.
La tenue du dossier et sa qualité contribue à la qualité des interfaces entre les secteurs opérationnels, cliniques, médico-techniques et logistiques.
A chaque étape de la mise en œuvre les acteurs, instances et usagers sont associés dans les groupes de travail dédiés.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par la direction des soins qui remonte les audits très réguliers et très complets sur la tenue du dossier (108 questions, 2 fois par an dans certains services). Les outils d'évaluations sont clairement identifiés et utilisés comme outils de management par les cadres et la direction qualité et la diffusion est continue par les réunions de services ou d'équipes pluridisciplinaires ou des instances. Enfin la direction organise tous les 4 mois des revues de direction au cours duquel tous les audits sont présentés et les résultats commentés en équipe de direction élargie. Les dysfonctionnements détectés donnent lieu à des actions correctives.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
La notion de risques a posteriori est toujours présente au cours des réalisations d'audit sur le processus, les fréquences et les gravités croisées aux résultats permettant de dégager des actions d'amélioration ; celles-ci sont immédiatement mises en œuvre par les cadres en formant ou sensibilisant les professionnels aux lacunes ou dysfonctionnement constatés, soit en intégrant l'action à un plan d'action d'une instance officielle. Un nouvel audit est réalisé dans un délai défini afin de mesurer les effets des actions de formation ou d'amélioration. Des supports de diffusion sont réalisés et mis en ligne sur l'espace professionnel du site qui permettent une communication dans le temps et dans l'espace des résultats. Les actions d'amélioration font l'objet d'une communication régulière en instances et en réunions de services et lors des réunions de la CRU.

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 sécurtié 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
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse de l'hôpital privé de Marseille-Beauregard est définie dans le CPOM et dans le CBU (Contrat Bon Usage). On y retrouve la description des règles et documents mis en place pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse faite au sein de l'établissement. Cette politique s'applique à toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse du patient et concerne toutes les personnes impliquées (pharmaciens, préparateurs, médecins prescripteurs, IDE, Sage-femme). Cette politique a pour objectif prioritaire la diminution de la iatrogénie médicamenteuse évitable. Elle comporte également des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités (maternité, prise en charge de personnes atteintes de pathologie néoplasique, maternité et néonatologie) de l'établissement. Elle prend en compte la gestion et l'utilisation des médicaments à risque et veille à leur intégration dans le programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins. Ce programme s'appuie également sur la formation des professionnels. Les projets, ainsi que la mise en place des moyens nécessaires pour l'application des recommandations de l'ARS, du CBU ainsi que les recommandations de la HAS sont visés lors des réunions de la COMEDIMS, lors des Revues de Direction, du COVIGERIS, ou de la CME. La Direction Générale (ESM) par le biais de ces commissions est systématiquement et régulièrement informée et peut ainsi prendre les décisions sur ce processus. Il en est de même avec le Directeur ESM/Risques et vigilances (ex pharmacien adjoint de la PUI de Beauregard) qui est en lien avec le Pharmacien gérant de la PUI, elle même membre des diverses commissions de l'établissement. Cette stratégie est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé qui décrit les ressources et modalités de suivi identifiées.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles, responsabilités et missions sont identifiés et formalisés. Le pharmacien gérant responsable de la PUI est le lien entre les différents acteurs (Président CME, Directeur, COVIGERIS, Direction des soins, Cadres de santé, médecins) et les différents comités. L'établissement à mis en place une organisation interne à la PUI qui est formalisée. A l'ouverture, présence d'un pharmacien dès l'arrivée des préparateurs. Les horaires des pharmaciens, des préparateurs sont planifiés et peuvent répondre aux absences ponctuelles ou imprévues des uns et des autres. Il en est de même des cadres qui effectuent à tour de rôle des astreintes et peuvent être amenés à prendre des mesures en cas de demandes urgentes, concernant les médicaments. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines pour cette activité. Le Pharmacien Gérant est au sein d'une équipe avec deux pharmaciens adjoints, des préparateurs dont 3 pour l'URC, secrétaires et manutentionnaires. Elle a en charge 2 secteurs d'activité : - L'Unité de Pharmacie avec l'approvisionnement et la dispensation des médicaments et Dispositifs Médicaux. - L'Unité Centralisée de Reconstitution des Cytotoxiques (URC) : approvisionnement, reconstitution et dispensation des produits de chimiothérapie (avec un pharmacien référent et attaché à cette unité). L'activité de stérilisation est sous-traitée dans le cadre d'une convention avec le GCS pôle de santé de La Ciotat. Les heures d'ouverture et de fermeture de la PUI tiennent compte de l'activité des services. Les remplacements des professionnels de la PUI sont pris en compte. L'URC est ouverte et fermée en présence du pharmacien référent. Cette organisation est protocolisée et les interventions sont tracées. Les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments sont toutes définies : l'établissement n'ayant pas mis en place de procédures en cas de fermeture non programmée de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques (par ex : défaut de pression de la salle, problème technique sur la hotte), une convention de sous-traitance a été signée entre l'Hôpital Privé Marseille Beauregard et l'Hôpital Privé Marseille Vert Coteau, établissement situé à proximité et appartenant aux Etablissements Sainte Marguerite. L'établissement a prévu des formations (risque d'erreurs médicamenteuses, analyses de pratiques professionnelles, patient traceur, au SIP) inscrites ou non au plan de formation. Des procédures et protocoles sont élaborées, actualisés et mis à disposition des prescripteurs et des professionnels de santé. Ils sont intégrés dans l'outil informatisé de la gestion documentaire. Le projet d'informatisation de la prise en charge médicamenteuse complète, intégré au système d'information est défini et déployé dans les services. L'établissement est organisé pour informer le patient ou sa famille, et/ou représentants légaux de la nécessité de transmettre aux professionnels son traitement personnel à l'admission. L'établissement a formalisé les règles de prescription y compris pour les médicaments à risques. Il a mis à disposition un support unique de prescription/administration sur le logiciel "Suivi Informatisé Patient

(SIP)". Un support spécifique Oncologie est mis en œuvre pour la chimiothérapie.
Les différents circuits inhérents à la prise en charge médicamenteuse ainsi que la gestion des interfaces entre les différents secteurs en amont et en aval sont définis et organisés. Cette organisation prend en compte les différents intervenants : en externe, les fournisseurs (les livraisons à la PUI sont organisées et sécurisées : quais fermés, accueil par personnel dédié, traçabilité assurée), les laboratoires, les différents prestataires pour les médicaments, fluides, DMI, DM, et en interne la direction de l'établissement, les secteurs médico techniques, logistiques (transports internes et externes des médicaments ou des DM, nettoyage des locaux), ainsi que les utilisateurs (services de soins, consultation°;

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, le pharmacien organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en collaboration avec le coordonnateur de la gestion des risques liés aux soins et la responsable qualité (Directeur ESM) en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes (pharmaciens, préparateurs, médecins, direction des soins, cadres, IDE) notamment par des informations régulières (réunion de service, revues de direction).
Dans les différents services, les cadres de santé sont les relais avec le pharmacien et la Direction des soins pour faire appliquer les protocoles et consignes se reportant au circuit du médicament.
Des actions de communication sont réalisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les cadres sont impliqués dans ces actions de communication, ils participent activement aux différentes démarches (audits de processus, audits ciblés, patient traceur). Ils font remonter ou descendre les informations soit vers la Direction des soins soit auprès des professionnels de terrain.
Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées. Les cadres mettent également en place l'organisation relative au fonctionnement de la prise en charge médicamenteuse et ils s'assurent que les utilisateurs aient les informations ou les formations nécessaires. Ils sont également à l'écoute des patients et de leurs familles, des médecins prescripteurs.
Des informations, ou formations sont données en cas de mise en place de nouvelles pratiques professionnelles impliquant de nouveaux matériels ou de nouvelles pratiques sur la prise en charge médicamenteuse. Des formations sont réalisées (e-learning "prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses"). Des plaquettes : prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses, prise en charge médicamenteuse chez le sujet âgé sont à disposition.
Les professionnels sont invités à faire des fiches d'événements indésirables liés au circuit du médicament, et celles ci sont déployées. Des actions correctives sont mises en place en cas de dysfonctionnements identifiés au moyen des déclarations d'EI ou de la baisse des résultats ou des indicateurs. Elles sont identifiées par le Directeur ESM/responsable qualité et/ou direction des soins, Direction COVIGERIS avec la participation des professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence pharmaceutique est effective.
Une dotation globale est en place sur l'ensemble de l'établissement. Une dotation globale pour besoins urgents est en place dans une armoire fermée dans la pièce de réception et décartonnage de la PUI.
Des outils d'aide à la prescription sont mis en place. Des documents (plaquettes) sont à disposition sur les interactions médicamenteuses, sur les préconisations de la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée avec la liste des médicaments potentiellement à risque chez le sujet âgé. Des recommandations sont données pour les bébés en service de néonatologie ; il en est de même pour les autres secteurs à risques.
Les chariots d'urgence sécurisés avec le matériel d'oxygénothérapie sont en place, accessibles ; ils sont vérifiés et la traçabilité de leur entretien est assurée. Dans les services, les chariots de médicaments contenant les tiroirs piluliers sont fermés à clé conformément à l'article 13 de l'arrêté du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La PUI prend en compte la réglementation: circulation, intervenants extérieurs en lien ou non avec les instances (CLIN). Elle prend également en compte les besoins des utilisateurs, les risques inhérents à l'environnement, notamment l'URC. Elle assure la continuité de la prise en charge médicamenteuse de tous les patients : urgences, changement de traitement, sortie, transfert, secteurs à risques (salle de naissance, blocs opératoires, radiologie interventionnelle). Elle assure également une gestion optimisée et sécurisée des médicaments, des stupéfiants, des DMI, DM, de l'O2 et des fluides. Une organisation concernant les alertes descendantes et montantes est mise en œuvre. Un système d'alarme avec report est en place sur les réfrigérateurs pour la pharmacie centrale. La température des réfrigérateurs des services est notée chaque jour dans les services et en cas de dysfonctionnement des mesures sont immédiatement appliquées.

Les procédures et protocoles concernant le traitement personnel à l'arrivée du patient sont mis en œuvre par les IDE dans les différents services. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie ou de transferts tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation.
Le transport des médicaments se font dans les armoires des services fermées une fois par semaine (jour selon la procédure décrite). Il en est de même pour les stupéfiants entre la PUI et les services qui se font dans des caisses fermées (avec digicode que seule la personne autorisée connaît), les contenants peuvent être réfrigérés si besoin. Les médicaments à risques sont identifiés.
Une dotation nominative globale est en place dans les services pour les patients ayant un traitement non référencé dans la dotation globale du service. Les armoires en dotation globale descendent à la pharmacie, sont remplies par les préparateurs après l'analyse pharmaceutique faite par la pharmacienne. Cette dernière prend en compte les paramètres cliniques du patient, elle est réalisée pour l'ensemble des prescriptions. Les règles définies par l'établissement sont respectées : les armoires à pharmacie sont toutes fermées à clés, leur gestion et la classification DCI est mise en œuvre dans les services. Les médicaments comportent leur identification jusqu'au moment de l'administration. Ce système est en place sur l'ensemble de l'établissement. Les stupéfiants sont enfermés dans un coffre, lui même dans une armoire fermée à clé (pharmacie centrale ou service).
La préparation des tiroirs (piluliers) est faite par les IDE à partir de la prescription informatisée juste avant la distribution pour administration. Si le patient possède un traitement antérieur avant son admission et qu'il ne figure pas dans la dotation globale, celui ci est intégralement mis dans la première partie du tiroir (pilulier au nom du patient). Le reste du traitement est mis dans la deuxième partie du tiroir (pilulier sous forme de plaquettes, ou de contenant si le médicament n'est pas blistérisé). Ces médicaments sont pris directement dans la dotation globale.
Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées (anticancéreux). La libération des préparations de chimiothérapie anticancéreuse est systématiquement validée par le pharmacien. Les règles de prescription sont mises en œuvre dans tous les services.
La traçabilité de l'administration de tous les médicaments est assurée en temps réel sur l'outil informatique ou sur la prescription papier dans le LIP, (Livret information patient) en per-opératoire.
Les patients sont informés du bon usage des médicaments, de leurs effets ou de leurs interactions. Cette information leur est donnée par les médecins et/ou par les IDE ou cadres de santé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
Des audits sont réalisés sur le management de la prise en charge médicamenteuse (ex : pharmacie dans les services de soins, pharmacovigilance, antibioprophylaxie, audit CBU). Des enquêtes sont effectuées (mesure de la satisfaction et écoute des services de soins). L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du plan d'actions d'amélioration sont assurés régulièrement par les pilotes du processus "Prise en charge médicamenteuse", sur la base d'outils identifiés (indicateurs IPAQSS, tableaux de bord) élaborés soit par les cadres, soit par le Directeur ESM/Responsable qualité. Par ailleurs, les évaluations peuvent être initiées à la demande des cadres de service ou directement par la pharmacienne au vu d'un dysfonctionnement ou à partir des FEI (fiches évènements indésirables). Des EPP ont été réalisées : prise en charge médicamenteuse de la personne âgée, prescriptions. L'analyse des risques au sein du compte qualité a permis d'identifier des risques et de les prioriser. Pour chaque risque identifié une réflexion est menée. Des RMM sont réalisées et des CREX sont en place. Les instances (COMEDIMS, COVIGERIS, CME, Revue de Direction) sont opérationnelles, elles permettent de communiquer les plans d'actions , les résultats des indicateurs ou des divers suivis et de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés dans ce processus.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Dans le cadre des revues de directions une analyse des risques majeurs et mineurs est réalisée pour chaque processus y compris la prise en charge médicamenteuse. Elle conduit a enrichir la cartographie des risques du secteur et permet une priorisation des actions en fonction de la gravité des risques, qu'ils soient a priori ou a posteriori. C'est ainsi que certains risques ont été repérés par l'établissement, ce qui a permis de revoir récemment le circuit du médicament. On retrouve ces risques prioritaires sur le compte qualité. La Direction Générale (ESM) par le biais des commissions (COMEDIMS, Revues de Direction, COVIGERIS, CME, CRU) est informée des actions mises en place sur ce processus. La communication des résultats et actions est réalisée en interne sur l'intranet ou par affichage.

PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
A l'hôpital privé Marseille-Beauregard, il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cela se traduit par une analyse des points critiques et une cartographie complète des circuits et matériels de tous les secteurs d'activité dont celui des urgences. La politique est établie par les acteurs de terrain, aidés de la cellule qualité puis déclinée en objectifs stratégiques dans le projet médical et d'établissement. Les sources de données utilisées par l'établissement émanent de la démarche ISO de 1998 enrichie des certifications antérieures. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Le secteur des urgences, après avoir identifié ses risques propres (capacitif, disponibilité des compétences) s'est mis en adéquation avec les recommandations de la société et la mise aux normes des aspects réglementaires. La hiérarchisation des risques s'est faite en priorisant les éléments de fréquence, gravité et et criticité pour analyser la gravité des patients accueillis aux urgences, les délais de prise en charge, l'identito-vigilance notamment.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation commune et concertée pour piloter le processus. La déclinaison dans un programme institutionnel d'action est formalisée et unique. Il est décliné et validé en revue de direction et articulé avec la cellule qualité et le programme institutionnel de la qualité. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le pilotage est assurée par le médecin responsable et la cadre des urgences. Leurs missions sont définies. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Humaines (effectifs médicaux 24/24, soignants et agents hospitaliers) associés aux formations polyvalentes pour les IDE (IAO, soins). Les locaux, bien qu'avec une surface restreinte sont optimisés : 10 places (4 box, 1 salle de déchoquage, 1 salle de suture et plâtre et 4 lits d'HTCD). Les équipements sont conformes à l'activité et à la réglementation, leur maintenance est assurée. La gestion documentaire (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) est disponible sur le système informatique interne accessible à tous les professionnels. Les interfaces ont été travaillées pour assurer aux patients hospitalisés ou non un suivi adapté et rapide. Deux filières de soins sont prévues : admissions directes en réanimation ou USIC régulées par le SAMU, accueil médico-chirurgical adulte et enfants avec la filière de soins propres ou l'hospitalisation. Une coordination est réalisée avec l'autre établissement du même groupe (Sainte- Marguerite) et le CHU de La Timone. L'établissement d'un réseau de "confiance" avec les médecins de ville permet de minimiser les afflux et l'encombrement excessif des urgences. Les interfaces avec les secteurs d'hospitalisation d'aval sont organisées dans le cadre d'une politique commune d'établissement. La décision de transfert revient au responsable du secteur d'aval ; la continuité des données du patient est assurée par l'utilisation d'un dossier commun (SIP) ouvert aux urgences. La relation avec le laboratoire et l'imagerie est permanente et satisfait les utilisateurs. La gestion des lits d'aval est assurée en continu par une cadre qui a été nommée et formée à cette fonction associant la gestion des lits au quotidien et en temps réel. Elle est en liaison d'information permanente avec les unités d'hospitalisations et a autorité de gestion des lits d'aval. Le recours aux spécialistes est assuré par les équipes médicales sur place : anesthésiste, réanimateur, obstétricien, pédiatre, cardiologue et les médecins d'astreintes (médecine, chirurgie, radiologie...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu de ses risques et besoins, le management du secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables : cadre et chef de service, sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. Le médecin responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Une réunion hebdomadaire est réalisée tous les vendredis pour faire le bilan de la semaine et déterminer des objectifs prévisionnels. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, afflux, plaintes, violence...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en effectifs et compétences sont en adéquation avec les besoin. Ils sont répartis en trois catégories : les médecins présents 24/24, trois IDE ayant une activité tournante de soins ou d'accueil (IAO) et les ASH pour le bio-nettoyage. Une cadre est dévolue uniquement aux urgences pour la gestion de l'équipe et des disponibilités de lits. La formation des personnels est assurée en interne et lors des réunion régionales. Les professionnels sont formés à l'accueil et à l'orientation des patients. Le service est agréé pour le choix des internes par l'ARS. Le matériel est conforme à la réglementation et entretenu par le service bio-médical. Les locaux bien qu'exigus sont fonctionnels et un projet de transfert des locaux est en cours de réalisation. Le service possède deux dossiers informatisés : l'un spécifiquement dévolu à la gestion du management aux urgences (délais, gravité) l'autre étant le dossier commun. Les renseignements issus de la synthèse du premier sont transmis dans le SIP pour que les données soient utilisées dans le secteur d'aval. La documentation est accessible et actualisée et chaque professionnel peut y accéder en ligne.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement du service et avec les interfaces. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles que ce soit avec les services d'aval, le bloc ou l'autre établissement du groupe lors des transferts. La traçabilité des actions et activités est assurée. La typologie de la gravité de chaque patient est déterminée dès son entrée par l'IAO sur le logiciel spécifique et le médecin visualise en temps réel chaque patient avec son niveau de gravité. Le suivi des temps d'attente et de passage est assuré. La cadre du service régule les places dans l'établissement avec un logiciel actualisé accessible à tous les services. Le groupe possède une autre structure MCO proche qui lui permet d'adapter les places en fonction des besoins.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité). Le recueil des temps d'attente est effectif avec des indicateurs incluant le délais de prise en charge par l'IOA, le praticien, la sortie. Les audits pratiqués régulièrement, pour certains trimestriellement, donnent lieu à des plans d'action adaptés. On note par exemple la transformation d'un poste d'ASQ en IDE suite à l'analyse des charges de travail. Des REX sont réalisés avec les unités d'aval. Les événements indésirables font l'objet de déclarations sur un formulaire unique informatisé, avec analyse par la cellule des risques. Les retours sont personnalisés et s'ils sont majeurs, la direction en est informée. Une réunion tous les vendredis permet de réaliser le bilan de la semaine et d'anticiper en fonction de l'analyse de l'existant et du prévisionnel connu. Les résultats sont comparés à ceux des établissements du groupe.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions mises en œuvre, comme celles des autres processus, sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le dispositif institutionnel de revue de direction permet la mise en œuvre d'action d'amélioration en lien avec les résultats. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Les différents secteurs opératoires, tous vus pendant la visite, sont identifiés et le pilotage institutionnel est commun. Les blocs opératoires de l'établissement sont situés dans deux bâtiments reliés par un couloir et comportant au total 12 salles : 9 salles de chirurgie (viscérale, thoracique, orthopédique, vasculaire, urologique, gynécologique, proctologie) et 13 postes de SSPI dans le bâtiment B2, et au niveau 4 du bâtiment B3 une Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) avec un bloc opératoire de 4 salles, 5 postes de SSPI (ORL, ophtalmologie, stomatologie, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique), 24 places d'hospitalisation. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse de risques propres à l'établissement. Les besoins spécifiques de l'établissement sont identifiés au regard de ses missions et orientations nationales et régionales (autorisation de soins délivrés par l'ARS de la Région PACA, orientations stratégiques du CPOM pour la période 2012-2016 et notamment le développement des prises en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire). Les sources de données utilisées pour l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques répondent à la méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement. Les risques a priori sont identifiés par la cartographie des risques du bloc opératoire de 2013 réactualisée et formalisée selon la méthodologie du groupe (processus bloc opératoire et processus Unité de Chirurgie Ambulatoire). Elle prend en compte les différents circuits de prise en charge et les différents processus et interfaces (programmation, logistique, installation du patient, temps opératoire, SSPI, retour en unité de soins, gestion des risques). La gestion des risques a posteriori est issue de l'analyse des fiches d'événements indésirables, des RMM, des CREX, des EPP et du dispositif d'accréditation des médecins. L'élaboration du Compte Qualité en février 2014 réalisée dans le cadre d'un projet d'évaluation mobilisant l'ensemble des professionnels a permis la priorisation et l'institutionnalisation d'évaluations et d'indicateurs par thématiques. Les risques identifiés sont hiérarchisés avec les professionnels selon la méthodologie HAS décrite dans une procédure. La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité et sécurité en articulation avec le PAQSS de l'établissement. Le programme d'actions préventives et de surveillance, formalisé, priorisé, unique est validé dans le cadre des Revues de Direction quadrimestrielles auxquelles participent tous les responsables de service, le président de CME et le Directeur Général. Une analyse des risques est intégrée. Elle comprend les objectifs définis avec la Direction, les actions, les responsables, et les indicateurs de suivi mis à jour. Chaque année, lors de la revue de direction de janvier, les résultats servent à réévaluer la politique et les objectifs qualité. Ce programme est présenté aux instances de l'établissement, notamment la CME lors de sa première séance de l'année. Il est porté à la connaissance de l'ensemble des personnels et des praticiens dans l'espace professionnel sécurisé du site internet de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE
L'organisation du pilotage du management du bloc opératoire est formalisée dans une charte de bloc opératoire consignant les règles et modalités d'organisation du bloc opératoire validée par le Conseil de bloc de l'établissement et la Commission du Service de Soins Infirmiers et disponible sur l'espace professionnel sécurisé du site internet de l'établissement. Elle est complétée par une charte de fonctionnement de l'UCA affichée dans la structure et sur le site internet qui en détermine l'organisation, les conditions de désignation du médecin coordonnateur, les formations nécessaires. La responsable des blocs opératoires, cadre du service, pilote du processus, et son adjointe, régulent les activités, assurent la gestion du bloc opératoire, la coordination et le respect des règles de la charte. Elle est assistée d'une cellule de pilotage hebdomadaire tous les vendredis matin pour valider les programmations en y intégrant les urgences et mettre en adéquation les ressources humaines et matérielles nécessaires. Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels enregistrées dans la gestion documentaire informatisée et accessible sur le site internet de l'établissement. Un médecin coordonnateur de l'UCA est désigné. Un conseil de bloc opératoire est en place. Sa composition est représentative. Il se réunit trois fois par an. L'ordre du jour est établi, un compte rendu est rédigé. Ses missions sont définies : création et actualisation du planning opératoire général, rédaction et revalidation de la charte du bloc opératoire avec référence à la charte de l'UCA, coordination des moyens humains et matériels nécessaire à la mise en œuvre des programmes opératoires, validation et mise en œuvre des protocoles, analyse et résolution des évènements indésirables, analyse des indicateurs d'activité et budgétaire. Chaque année, le conseil établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME et à la direction de l'établissement.

Les ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences sont conformes à la réglementation et aux besoins de la structure.
Les besoins en formation sont identifiés pour chaque agent lors des entretiens professionnels annuels et les actions de formation sont planifiées et intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. La formation est assurée en interne notamment grâce au logiciel d'e-learning ou financée à l'extérieur.
L'établissement ne recourt pas à l'intérim. Une procédure d'auto-remplacement par des anciens salariés de l'établissement, connaissant la structure et formés, permet de suppléer aux absences imprévues. L'accueil des étudiants IDE, aide-soignantes et des internes est organisé.
Les besoins en procédure sont identifiés, élaborées avec les professionnels, formalisées, issues de documents de référence validés et intégrées au dispositif de gestion documentaire informatisé de l'établissement.
Les locaux du bloc opératoire, de la SPPI, de l'UCA et de la stérilisation sont conformes à la réglementation. L'UCA est identifiable et dispose de moyens dédiés. Les zones du bloc, les règles de circulation et d'habillage sont définies. L'hygiène des locaux est assurée, ainsi que la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux. La radioprotection est en place avec nomination d'un PCR.
La gestion des travaux est organisée en lien avec l'EOH. Un service technique assure la maintenance préventive et curative des infrastructures. Les ressources matérielles sont disponibles. Un plan d'équipement annuel identifie les besoins en matière d'achats et d'approvisionnements. Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux. Des techniciens biomédicaux transversaux au groupe organise la maintenance préventive et curative. La gestion des pannes et dysfonctionnements est organisée.
Un dossier patient informatisé «Suivi Informatisé du Patient» (SIP), intégré au système d'information hospitalier, permet l'accès en temps réel pour l'ensemble des acteurs aux données du patient. La planification des interventions est réalisée sur un logiciel de planification programmation dédié. La consultation d'anesthésie et les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans le SIP.
Les interfaces sont organisées et opérationnelles avec les secteurs cliniques (fiche de liaison "validation dossier patient entre services de soins et bloc opératoire", cahier de traçabilité des salles d'opération) et avec les secteurs médico-techniques et logistiques : la stérilisation (convention de sous-traitance avec le GCS pôle de santé public privé de la Ciotat), le laboratoire de biologie médicale (examens en urgence, incrémentation des examens dans le SIP), la radiologie, la pharmacie (gestion des approvisionnements des médicaments, des dispositifs médicaux), l'EOH (la gestion du linge (procédure et lingerie relais), les déchets), les transports intra hospitaliers (pool de brancardiers salariés de l'établissement). Elles sont organisées avec le service technique et biomédical (procédures d'intervention) et les secteurs administratifs : la direction (revues de direction), le service risques et vigilances (gestion des évènements indésirables), avec la CRU et en externe avec l'EFS grâce à une procédure informatisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.
Le bloc opératoire et l'UCA ont identifié leurs besoins et leurs risques, et le programme d'actions préventives et de surveillance établi dans le cadre des revues de direction, est mis en œuvre.
Le cadre du bloc communique auprès de son équipe sur la stratégie de l'établissement établi lors des réunions de service réunissant tous les personnels du bloc opératoire et ceux des service de soins (tous les deux mois) et des conseils de bloc.
Elle sensibilise les professionnels sur les objectifs de leur secteur. Le recueil et l'analyse des évènements indésirables par les professionnels, pratiques fortement ancrées dans l'établissement, sont effectives. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.
Les activités sont évaluées périodiquement. Le cadre du service s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues. La charte de bloc est respectée.
De nombreux audits sont en place. Le dispositif de formation en ligne permet la vérification des acquis sur des thématiques générales (hygiène des mains, AES, douleur, erreurs médicamenteuses).
Les EPR issus des dispositifs d'accréditation des chirurgiens viscéraux, orthopédistes et des anesthésistes-réanimateurs sont analysés. Des CREX sont organisés mensuellement.
Le retour d'expérience est effectif lors des réunions de service. Les actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels en cas de dysfonctionnement ou de baisse des indicateurs. Les résultats sont communiqués aux équipes et les indicateurs et les évaluations sont visibles sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement et par affichage pendant un mois dans le bloc opératoire et en UCA.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles.
Les compétences et effectifs répondent aux besoins pour assurer l'activité et la continuité de la prise en charge, en cas d'urgence, la nuit, les week-end et jours fériés.
Un tableau informatisé de vacations opératoires permet l'affectation des professionnels chaque jour de la

semaine. L'activité d'anesthésie-réanimation est exercée par deux équipes de médecins anesthésistes affectés respectivement, pour l'une, au bloc de chirurgie générale du bâtiment B2 et la deuxième au secteur d'ambulatoire du bâtiment B4 (et l'activité obstétricale). Cinq IADE salariés complètent le dispositif. La SSPI est surveillée par des IDE. Les astreintes des personnels soignants et médicaux sont organisées et diffusées sur le site internet de l'établissement. Les professionnels sont formés (gestion des AES, formations incendie, journées IBODE). Le dispositif d'e-learning permet de vérifier les acquis (erreurs médicamenteuses, hygiène des mains, douleur, conduite à tenir en cas d'AES). Une formation sur les RMM est assurée pour l'ensemble des personnels.
Les nouveaux arrivants sont formés et tutorés avec un bilan d'évaluation intermédiaire.
Les patients disposent de documents d'information : livret d'accueil, livret d'information patient (LIP) comportant dans sa première partie les informations et les consentements.
Les protocoles actualisés et validés issus des documents de référence sont disponibles dans l'espace professionnel sécurisé du site internet sur tous les postes informatiques de l'établissement, mais aussi consultables à distance sur un ordinateur personnel (site sécurisé avec login). Les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient : livret d'information patient (LIP), dossier informatisé (SIP), examens complémentaires. Le programme opératoire est accessible sur l'informatique dans toutes les unités de soins.
Les locaux des blocs opératoires, la SSPI, l'UCA sont adaptés, contrôlés et entretenus. Les circuits sont respectés. Le nombre de postes ouvert en SSPI répond aux besoins. La surveillance environnementale est effective et tracée. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux sont appliqués. L'hygiène du matériel réutilisable est opérationnelle.
Le matériel et les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les dispositifs médicaux stériles et implantables sont référencés, disponibles, vérifiés. Les équipements en panne sont remplacés. Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est tracé (respirateurs, monitorage, bistouris électriques, tables d'opération, colonnes de cœlioscopie, amplificateurs de brillance).
Le matériel d'urgence vitale est vérifié et opérationnel. L'approvisionnement en médicaments et DMI est organisé avec un système d'approvisionnement «plein-vide » permettant de répondre aux besoins. Les postes informatiques sont accessibles, et disposent de droit d'accès en fonction des professions, sécurisés par clé biométrique.
La vérification par les personnels IBODE ou IADE est effective et tracé à chaque nouvelle entrée au bloc opératoire et en SSPI (cahier d'ouverture et de fermeture du bloc opératoire, cahier de contrôle de bon fonctionnement de la salle d'opération, contrôle du bon fonctionnement à l'ouverture de la salle de SSPI).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation définie et les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient sont mises en œuvre et sont confirmées par les observations issues des patients traceurs.
Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues, actualisés et revalidés tous les ans. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning opératoire.
La maîtrise du risque infectieux est effective (sécurisation de l'entrée du bloc par digicode, zones de bloc identifiées et prises en compte, sas de transfert, brancardier dédié dans le bloc, marche en avant respectée, flux laminaire dans trois salles, surpression des salles maintenues). Les règles de sécurité sont appliquées (kit hyperthermie maligne disponible, chariots d'urgence scellés).
La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies. Le brancardage est réalisé conformément aux procédures (respect de l'intimité, de la confidentialité, respect des règles de sécurité et d'hygiène).
Les activités du bloc opératoire sont régulées. Pour chaque intervention, une fiche de réservation prévisionnelle remplie par les praticiens est adressée par fax ou mail au service de planification et le secrétariat de chaque opérateur adresse par les mêmes voies chaque vendredi soir, un prévisionnel hebdomadaire récapitulant l'ensemble des interventions. Le cadre de bloc opératoire planifie les interventions dans le logiciel de planification. Chaque praticien reçoit le programme sous forme d'alerte dans le le logiciel de bloc opératoire. Quarante huit heures avant, le programme opératoire est validé par le cadre de bloc, un chirurgien et un anesthésiste. Les urgences sont ajoutées dans une plage libre par le chef de bloc selon leur degré d'urgence. Les urgences vitales sont prioritaires sur le programme réglé.
Les dysfonctionnements, notamment les déprogrammations et les ajouts des urgences, sont suivis. La gestion des risques est effective (vigilances et veille sanitaire opérationnelles, recueil et analyse des évènements indésirables). Des RMM et des CREX sont mises en place.
Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre : gestion des accidents d'exposition au sang (trousse AES disponible en SSPI et kit de tri-thérapie disponible au service des urgences), radioprotection (signalisation de la salle, port de tabliers plombés, port de dosimètres passifs et actifs).
Les circuits sont respectés et les interfaces entre bloc opératoire et secteurs cliniques et médico-techniques opérationnelles.
Avec les secteurs cliniques grâce à une feuille de liaison papier entre les services et bloc opératoire (validation dossier patient et soins avant bloc opératoire) intégrant une check-list de vérification de la préparation du patient, du site opératoire, de son identité et du dossier. En UCA, le dossier informatisé permet aux professionnels d'avoir accès en temps réel aux informations concernant le patient et

notamment la programmation au bloc opératoire. La prise en charge en SSPI est protocolisée.
Avec les secteurs médico-techniques et logistiques : la pharmacie (dotations et gestion prévisionnelle par inventaires trimestriels), la stérilisation (convention avec le GCS pôle de santé de la Ciotat, fiche de liaison), le laboratoire de biologie (incrémentation des résultats d'examen dans le SIP), les services techniques, la lingerie et les brancardiers. Avec les secteurs administratifs (revues de Direction quadrimestrielles) et en externe, avec l'EFS (procédure informatisée).
La traçabilité des actions et des activités est assurée. La traçabilité des vérifications quotidiennes est réalisée (cahier d'ouverture de salles, cahiers de contrôle de bon fonctionnement de la salle d'opération, de la SSPI, fiches de préparation des interventions), celles du bio-nettoyage qui sont protocolisées et contrôlées régulièrement par des audits, des contrôles de l'air, des surfaces réalisés tous les trimestres et de l'eau deux fois par an, du suivi de la maintenance des dispositifs médicaux.
Le consentement éclairé du patient et l'autorisation d'opérer pour les mineurs sont recueillis.
La check-list sécurité au bloc opératoire est mise en œuvre et tracée en respectant les trois temps de concertation pluridisciplinaire.
Dans le dossier du patient informatisé sont tracés : le risque ATNC, la prise en charge anesthésique et chirurgicale per-opératoire, les prescriptions post opératoires, l'évaluation de la douleur et des traitements antalgiques administrés.
La sortie de SSPI est horodatée et tracée. En UCA, la sortie et l'aptitude au retour à domicile (score de sortie) et les consignes à suivre sont validées et tracées par le chirurgien et l'anesthésiste.
La traçabilité des intervenants, des actes, activités et DMI est réalisée dans le cahier du bloc opératoire (avec triplicata pour le dossier patient, la facturation et la souche du cahier).
Les instances sont opérationnelles. Le conseil de bloc se réunit trois fois par an. Les Revues de Direction quadrimestrielles réunissent la direction et les cadres des secteurs d'activité. Tous les deux mois ont lieu des réunions de service. La cellule de pilotage hebdomadaire valide le programme opératoire définitif de la semaine suivante.
Des CREX réunissent mensuellement l'ensemble des cadres de l'établissement.
Toutes ces réunions font l'objet de comptes-rendus mis à disposition de l'ensemble des professionnels sur l'espace professionnel sécurisé du site internet de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Les données du bloc opératoire sont, comme celles des autres secteurs d'activité de l'établissement, analysées lors des Revues de Direction tous les quadrimestres et comparées avec les autres établissements du groupe Sainte-Marguerite. La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont suivies grâce au recueil des indicateurs obligatoires nationaux QSS (tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur post opératoire), des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, des indicateurs Hôpital Numérique. Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement : indicateurs d'activité (nombre d'interventions totales et par bloc), de performance (taux d'utilisation des vacations, taux d'occupation des vacations, taux de retard, taux de dépassement), ressources humaines (effectifs et nombres d'heures payées), quantité et coût des médicaments et dispositifs médicaux. Les indicateurs proviennent aussi des audits réalisés dans l'établissement (audit de conformité du processus bloc opératoire et ambulatoire, identitovigilance, respect du droit des patients, urgence vitale, sondage urinaire, préparation cutanée avant drapage, bionettoyage, évaluation en hygiène, traçabilité cahier de bloc, conformité de la check-list), du dispositif interne d'e-learning, et des EPP et dispositif d'accréditation des médecins. Les évènements indésirables spécifiques au bloc opératoire (et de tous les secteurs interventionnels) sont suivis en continu et analysés par le Comité des Vigilances et de Gestion des Risques (COVIGERIS) trois fois par an, et selon la nature par le Conseil de bloc et en RMM. Les évènements indésirables graves et récurrents font l'objet d'un suivi lors des Revues de Direction. Ils sont, de plus, avec les EPP, mutualisés avec les autres établissements du groupe Sainte Marguerite. Les éléments issues de ces analyses permettent l'élaboration d'un bilan des performances : synthèse des résultats du management de la qualité du quadrimestre précédent reprenant sur un tableau de bord, le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, l'état d'avancement des actions d'amélioration engagées (échéance, date de réalisation) et le responsable des actions.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions d'amélioration mises en oeuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le

programme d'actions institutionnel.
Le recrutement d'IADE salarié a permis de répondre à l'action d'amélioration priorisée dans le Compte qualité de l'établissement et de vérifier son efficacité (taux de validation des programmes opératoires à 48 heures).
Le suivi de la mise en oeuvre des plans d'actions est assuré régulièrement par la Revue de Direction.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est évaluée chaque année lors de la première revue de direction de l'année. Des ajustements de la politique et des objectifs sont mis en œuvre en fonction des résultats des évaluations. Les organisations et actions mises en place sont partagées avec les autres établissements du groupe.
La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers. Les tableaux de bord d'activité, de ressources et de qualité sont accessibles aux personnels des services sur le site internet sécurisé.
Les résultats des IQSS sont affichés dans chaque hall et disponibles au public sur le site internet de l'établissement.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
On retrouve une partie de la politique du secteur de radiologie interventionnelle à l'Hôpital privé Marseille Beauregard dans le CPOM 2012-2016 sous l'axe d'orientation N° 3 : poursuivre les activités interventionnelles sous imagerie en cardiologie dans le respect des bonnes pratiques. De plus, la politique qualité du secteur de radiologie interventionnelle s'inscrit dans la politique de prise en charge au bloc opératoire et obstétrical (embolisation en cas d'hémorragie du post partum) ainsi que de celle du secteur de cardiologie. La formalisation des règles spécifiques à cette activité est déclinée du point de vue réglementaire et de sécurité des patients. L'analyse des risques a été réalisée dans le cadre de l'analyse des risques au bloc opératoire et obstétrical ainsi que de celle du secteur de cardiologie. Ces analyses sont incluses dans les cartographies des risques des services concernés. Par ailleurs, un plan d'actions d'amélioration a été mis en œuvre pour répondre aux observations de l'ASN suite à l'inspection du 18/03/2011. De plus, dans le cadre d'une EPP "Radioprotection en secteur interventionnel" validée en octobre 2014 et débutée en décembre de la même année, nous retrouvons des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement qui sont identifiés pour les risques priorisés retenus. A la suite des observations formulées par l'ASN, un plan d'actions de mise en conformité avec la réglementation a été mis en œuvre par la précédente direction de l'établissement (lettre de nomination PCR avec missions, temps alloués, rapprochement d'un physicien médical, étude de zonage, suivi dosimétrique). La déclaration des sources a été transmise à l'IRSN. Une Cellule de radioprotection est en place.
ORGANISATION INTERNE
Le pilotage du dispositif est assuré par le Médecin directeur général ESM, d'un cardiologue, d'un des deux PCR (responsable imagerie médicale, bloc cardio vasculaire interventionnel), d'un Directeur adjoint ESM responsable Blocs opératoires/relations Usagers et d'une IDE. Conformément à la réglementation, un radiophysicien assure la responsabilité de PSPRM (contrat cadre de mise à disposition ponctuelle d'une personne spécialisée en radio physique médicale d'une société externe) visant à définir, initier et conduire la démarche d'optimisation des doses des personnes exposées. Deux personnes assurent la mission de PCR et cette organisation permet la présence en continu d'une personne chargée du suivi de la radioprotection du personnel. L'une est chargée plus spécifiquement des blocs opératoires et obstétrical, l'autre est responsable imagerie médicale, bloc cardio-vasculaire interventionnel). Leurs missions sont identifiées dans leurs fiches de poste. La radioprotection des personnels est conforme aux attentes de la réglementation. L'établissement s'assure de l'existence des ressources matérielles : Ressources en équipement : deux salles de radiologie interventionnelle dont une salle rapidement disponible pour les urgences. Ressources documentaires : procédures et protocoles adaptés et actualisés, dispositif de gestion documentaire pour les professionnels et les patients (documents avant et après examen d'angioplastie coronaire, de coronographie, de suivi post irradiation...), Livret d'Information Patient qui sera complété par le patient puis par les professionnels (comprend les informations administratives, les autorisations réglementaires, le consentement éclairé, les informations sur les examens prescrits, le dossier anesthésique et le suivi per-interventionnel). L'établissement a mis à disposition les ressources humaines nécessaires dans ce secteur. Après 18h en semaine et le weekend, une astreinte opérationnelle est en place pour les praticiens et les professionnels de santé : manipulateurs, IDE. Comme le prévoit la réglementation, des fiches de poste ont été réalisées, elles déclinent pour chaque type d'intervention les règles d'utilisation de l'équipement radiogène, la position des différents professionnels et les paramètres d'exposition à envisager pour optimiser les doses. Les fiches individuelles d'exposition ont été réalisées, elles sont communiquées au médecin du travail. Le Plan d'Organisation de la Physique Médicale (POPM) est diffusé pour informer les personnels concernés de ces dispositifs. Un registre de dosimétrie opérationnelle est également mis en place pour les intervenants extérieurs. Les formations réglementaires, notamment pour la radioprotection, les formations aux gestes d'urgences et les formations incendie sont réalisées. Les formations telles que les formations au respect des règles d'identitovigilance, de même que des informations sur le risque infectieux sont dispensées. En cas de risque d'apparition d'effets déterministes, le suivi médical des patients est formalisé. L'identification des seuils d'alerte pour prévenir l'apparition d'effets déterministes est définie dans un document institutionnel. Les nouveaux arrivants dans ce secteur sont tutorés. Les interfaces avec les différents services de l'établissement : urgences, réanimation, USIC, pharmacie pour médicaments spécifiques ou DMI, sont opérationnelles. Le brancardage des patients est assuré par une équipe dédiée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu des risques et besoins, les responsables (cadres et praticiens) du secteur de radiologie interventionnelle organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation au sein du bloc opératoire d'une part et au sein du service de cardiologie d'autre part. La participation des acteurs à cette démarche est effective. Les pratiques professionnelles médicales mettent en application les recommandations des sociétés savantes. Les formations à la radioprotection des personnels et à la radioprotection des patients sont mises en œuvre. Les doses patients sont tracées dans le compte-rendu opératoire et analysées en équipe et éventuellement avec la radio physicienne. Les événements indésirables sont signalés et analysés en lien avec le service risques et vigilances, les PCR et le radiophysicien. Les circuits de prise en charge sont identifiés.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les équipements disposent de programmes de réduction de dose. Les utilisateurs ont été formés à son utilisation. Le matériel est adapté à la réalisation des actes de radioguidage :pose de chambres implantables, PICC LINE. Les EPC (équipement de protection collective) et les EPI (équipement de protection individuel) sont en place. Les équipements individuels de protection disponibles sont adaptés à l'activité (tabliers, cache-thyroïde, lunettes de protection). Les modalités de vérification et de maintenance des équipements sont élaborées en concertation avec le service biomédical et les fournisseurs de matériel. Le radiophysicien a défini les seuils d'alerte vis-à-vis de l'apparition d'effets déterministes chez les patients exposés. Ils sont connus des professionnels et les modalités de surveillance médicale en cas d'apparition de ces effets sont définis. Les procédures décrivant les conditions de réalisation des activités et actes interventionnels réalisés avec utilisation des Rayonnements Ionisants prennent en compte les modalités spécifiques (Recherche bétaHCG chez les jeunes femmes avant tout examen). Au niveau de l'unité de cardiologie interventionnelle, le parcours est formalisé. Les règles d'accès à ces secteurs protégés sont définies et respectent les recommandations en matière de prévention du risque infectieux.
DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE
Chaque demande d'examen fait l'objet d'une validation par le praticien responsable de l'acte. La régulation des activités tient compte de l'activité programmée. Les urgences sont prioritaires, la disponibilités de 2 machines en cardiologie permet de répondre rapidement aux situations urgentes. Cette régulation est coordonnée entre les cadres et les praticiens. La fiabilisation du contrôle de l'identité est assurée à chaque étape de la prise en charge. La check list est utilisée pour chaque intervention programmée au bloc opératoire. Les délimitations des zones réglementées sont en place. L'affichage obligatoire est situé en entrée de zone. Les professionnels bénéficient de la dosimétrie réglementaire et les équipements de protection collectifs et individuels sont utilisés. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Le port des équipements de protection individuels et collectifs est conforme aux exigences de la réglementation. Les dispositifs médicaux implantables sont délivrés par la PUI et leur traçabilité est assurée dans le respect de la réglementation, il en est de même des médicaments spécifiques à cette activité. Les procédures de prévention de l'hygiène et de respect des règles d'asepsie sont connues et appliquées. Les comptes-rendus des investigations et actes thérapeutiques sont intégrés au dossier du patient et comportent le report des doses délivrées. La traçabilité des doses délivrées aux patients est analysée de manière globale pour chaque procédure à risque par le médecin cardiologue pilote, par le radiophysicien dans le cadre de l'EPP en vue d'harmoniser les pratiques entre les différents opérateurs et de rechercher les actions permettant d'optimiser ces doses. Les niveaux d'exposition individuels des professionnels sont suivis et analysés par le service de santé au travail et les PCR pour les résultats de la dosimétrie opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés par les pilotes des processus, sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord) élaborés par les cadres responsables et PCR. Les résultats sont communiqués aux pilotes du processus dont fait partie le Médecin directeur général et à la direction qualité et gestion des risques, au conseil de Bloc, au COPIL, Revue de Direction. Les données concernant

la dosimétrie des personnels sont analysées par les PCR et le médecin du travail. Un bilan annuel globalisé est adressé à la direction, en CME et présenté en CHSCT. Le respect du port des équipements de protection par les professionnels, en zone réglementée, est évalué.
Le tableau de suivi des contrôles réglementaires est présenté à la Cellule de radioprotection et communiqué à la direction. Il est disponible pour les organismes de contrôle. De nombreux indicateurs sont pris en compte. Une première évaluation a été faite en 2014 sur les 100 premiers examens (coronarographie sans VG) ; elle devait prendre en compte pour chaque patient le produit dose surface, le motif des prescriptions, en déduire le PDS moyen et le comparer aux recommandations en vigueur. Une deuxième évaluation a eu lieu en 2015 pour les mêmes examens avec un tiers de patients en plus pour l'étude ; elle devait également identifier les cas pour lesquels une diminution des doses permettait une analyse optimale de l'image afin de poser un bon diagnostic.

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 afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Ces actions sont identifiées par le radiophysicien. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel et alimentent le compte qualité. Les actions prioritaires visent à réduire les risques propres aux interventions notamment au niveau du risque infectieux, à l'exposition aux rayonnements ionisants et à l'erreur d'identité. Ces actions sont mises en œuvre. Une EPP a été conduite dans ce secteur d'activités, elle a permis de mettre en place des actions comme l'élaboration de protocoles, de mettre en place une plaquette information du patient en cas de dose reçue supérieure à la norme, de rappeler les règles de bonnes pratiques, de déterminer une norme de référence. Ces actions, certaines récentes, ont fait l'objet de communication : CME, Revue de Direction, COPIL, direction.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P
Prévoir

- Définition de la stratégie
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
Il existe trois secteurs d'endoscopie à Beauregard : l'endoscopie digestive et pneumologique est réalisée au sein d'une unité spécifique comprenant 2 salles interventionnelles et une SSPI, une unité complète de de bio-nettoyage automatisée et un accueil avec 15 box qui assurent uniquement l'activité d'endoscopie avec une équipe spécifique. L'endoscopie urologique est exclusivement effectuée au bloc qui est chargé de la stérilisation des endoscopes rigides. Enfin l'unité de cardiologie interventionnelle assure des échographies transœsophagiennes dont le bio-nettoyage est autonome avec une équipe dédiée. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La cartographie des risques est commune sur le plan méthodologique à tout l'établissement et les sources de données propres à l'endoscopie utilisent l'expérience des activités antérieures ISO et la politique qualité de l'établissement qui par sa roue de Deming fonctionnelle assure un contrôle quadrimestriel de l'activité. Aucun signalement d'actions complémentaires n'avait été émis lors des visites précédentes, et l'établissement utilise les indicateurs issus du CPOM, du PMSI, et surtout du parangonnage des 9 établissements du groupe. Cette stratégie déclinée par le COPIL, validée par les instances concernées (direction, conseil de bloc, COVIGERIS), est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.
ORGANISATION INTERNE
L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Celui-ci est décliné dans un programme formalisé spécifique. Les modalités de mise en œuvre précisent les objectifs avec les priorités, comme le recours aux urgences. Ces activités sont directement rattachées au management du bloc avec la même organisation. La CME, le COPIL sont les principales interfaces. Le PAQSS est commun à tout l'établissement et une revue quadrimestrielle de direction en assure la bonne tenue. Il n'y a pas de charte spécifique car c'est la charte du bloc opératoire qui s'applique également en endoscopie. Les interfaces sont communes (dispositif médicaux, laboratoire d'anatomo-pathologie, déchets, gestion de l'eau, de l'air). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Une équipe médicale et soignante est spécifiquement dévolue à cette activité ; les plannings sont garants de cette organisation qui se fait sans débordement dans un secteur annexe. Le dossier patient est commun à tout l'établissement permettant un échange d'informations et la coordination avec les différents secteurs et les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Compte tenu de ses risques et besoins, le management de ce secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette démarche est commune à tout l'établissement et s'évalue tous les quadrimestres. La direction aidée des cadres gère les plans d'actions. La responsable du secteur d'endoscopie travaille conjointement avec celle du bloc. Elles favorisent l'implication de l'ensemble de l'équipe, notamment par une présence permanente et des informations régulières. Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés spécifiques à l'endoscopie et sur le processus (réunion trimestrielle du conseil de bloc). Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin avec les professionnels (adaptation des équipes, nouvelles procédures de décontamination, changement du parc d'endoscopes, mise en quarantaine ou réparation, dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Les formations sont adaptées à l'activité et à la nature des professionnels.
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
Les ressources en compétences en particulier les effectifs sont adaptés à l'activité (une IADE lorsque deux salles fonctionnent en plus du médecin anesthésiste, une IDE en salle pour la décontamination, une IDE en SSPI) et leur formation est régulière, soit en interne soit en région. Les soignants sont polyvalents.

Le matériel et les équipements (23 endoscopes et 3 lave-endoscopes automatisés) sont adaptés aux besoins. La maintenance est assurée.
La documentation est accessible et actualisée sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé, disponibles dans les secteurs d'activité. Elle est proposée en lecture seulement non modifiable par les acteurs de terrain. Chaque personnel a son accès sécurisé par clé biométrique à l'informatique.
Les locaux (deux salles, une SSPI et un local de décontamination) bien que limités en surface compte tenu du volume d'activité, sont adaptés en matière de normes et l'IDE dévolue au bio-nettoyage et à la désinfection des endoscopes est membre du CHSCT.
Des réunion périodiques sont instituées et les cadres se réunissent chaque semaine avec les médecins pour la validation des programmes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.
Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Une "check-list" spécifique est réalisée à l'admission dans l'unité puis dans la salle interventionnelle. La traçabilité des actions et activités est assurée.
Dans toute l'unité et en particulier la salle de bio-nettoyage et de désinfection la marche en avant est respectée. Les contrôles bactériologiques sont opérants et tracés.
Les règles et protocoles sont connus des professionnels et respectés à chaque étape de la prise en charge du patient. La traçabilité des vérifications est assurée par des "tickets" dont l'identification de l'endoscope et du professionnel. La procédure et la traçabilité liées aux risques ATNC sont effectives et opérationnelles.
Les pannes, envoi en réparation et mise en quarantaine sont tracées. Une procédure de décontamination en urgence est opérationnelle.
Le recueil des événements indésirables est assuré par une procédure spécifique connue des professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité). Chaque quadrimestre l'établissement analyse ses indicateurs et les audits réalisés (13) dont certains plusieurs fois par an. Chaque étape est analysée et évaluée.
Les indicateurs QSS sont colligés dans le compte qualité. Des RMM et CREX sont réalisées.

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La revue de direction quadrimestrielle assure les mises à jour et plans d'actions concernant les ressources humaines, l'aménagement des locaux, l'adaptation du matériel, la mise à jour du système d'information, la gestion des événements indésirables, les audits et les suivis de revues.
Des supports et modalités de diffusion sont établis.
La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.
Les actions d'amélioration sont communiquées aux personnels et aux membres de la CRU.

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
- Organisation interne

D
Mettre en oeuvre

- Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
- Disponibilité des ressources
- Description de la mise en œuvre effective

C
Evaluer

- Evaluation du fonctionnement du processus

A
Agir

- Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
La maternité de l'établissement est située dans le bâtiment B1 regroupant le pôle mère-enfant et le service d'hospitalisation de chirurgie gynécologique situé au 3ème étage. Les vérifications terrain ont été réalisées dans tous les services du secteur de naissance : au premier niveau (accueil, espace prénatal, consultations médicales, échographies, cours de préparation à la naissance) ; au niveau 2, le bloc obstétrical (avec une salle de bloc opératoire dédiée aux césariennes, 2 lits de SSPI adjacents), 6 salles de naissance, 2 salles d'admission, 4 salles de réanimation pour les nouveau-nés, un espace dit «nature » avec une baignoire, le secteur de néonatalogie de 9 berceaux (6 postes de soins, 3 postes de soins rapprochés), une salle d'isolement, une salle de préparation de l'alimentation, le secteur d'hospitalisation de grossesses à risques de 18 lits dont 4 lits en unité de surveillance continue et 3 lits Kangourou ; au niveau 4, le secteur d'hospitalisation de suites de couches (36 lits, 17 chambres particulières, 4 suites). La maternité Beauregard dans son projet d'établissement et de service a identifié et formalisé ses besoins et orientations stratégiques en prenant en compte les missions et le niveau de risque fœto-maternel d'une maternité de niveau 2A (adhésion au réseau périnatalité Méditerranée et participation à la politique de transfert materno-fœtaux inter-hospitaliers ou aux urgences adressées par le SAMU), et les orientations régionales, notamment du CPOM 2012- 2016 (création d'un espace d'accouchement physiologique). Les sources de données utilisées pour l'identification et l'analyse des risques du secteur de naissance relèvent de la méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement : identification des risques a priori par cartographies, d'une part du parcours et des différentes étapes de la prise en charge de la future maman (processus grossesse-suites de couches, bloc obstétrical), d'autre part celui du nouveau-né (processus néonatalogie), prenant en compte les différents circuits, les situations à risques materno-fœtales, les risques transversaux. La gestion des risques a posteriori est issue de l'analyse des fiches d'événements indésirables, des RMM, CREX, DPC et du dispositif d'accréditation des médecins. L'élaboration du Compte Qualité en février 2014 réalisée dans le cadre d'un projet évaluation mobilisant l'ensemble des professionnels a permis la priorisation des risques selon une méthodologie écrite et l'institutionnalisation d'évaluation et d'indicateurs par thématiques. La démarche qualité est documentée et actualisée, assure la sécurité de la prise en charge du patient et organise la diffusion de la culture qualité et sécurité. Le programme d'actions préventives et de surveillance, formalisé, priorisé, unique est validé dans le cadre des Revues de Direction quadrimestrielles auxquelles participent tous les responsables de service, le président de CME et le Directeur Général. Il comprend les objectifs définis avec la Direction, les actions, les responsables et les indicateurs de suivi. Chaque année, lors de la revue de direction de janvier, la politique et les objectifs qualité sont réévalués. Le programme est présenté aux instances de l'établissement, notamment la CME lors de sa première séance de l'année. Il est porté à la connaissance de l'ensemble des personnels et des praticiens par le biais du site internet de l'établissement dans l'espace professionnel sécurisé. Le Compte qualité est articulé avec le PAQSS. La direction de l'établissement s'est approprié en interne le Compte qualité de l'établissement en tant que support descriptif des organisations et pratiques de l'établissement et du système de management de la qualité et de gestion des risques.
ORGANISATION INTERNE
L'organisation du pilotage du management du secteur de naissance est formalisée dans une charte de bloc obstétrical, disponible sur l'espace professionnel sécurisé du site internet de l'établissement, validée par le Conseil de bloc de l'établissement et la Commission Service de Soins Infirmiers. Elle détermine les modalités de prise en charge des patientes selon les différentes filières, les circuits de transferts, le pilotage du plateau technique, établit les responsabilités, la gestion des risques et des vigilances. Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels enregistrées et accessibles dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. La sage-femme cadre du service et la puéricultrice responsable d'unité, pilotes du processus, régulent les activités, assurent le coordination et le respect des règles de la charte. Elles mettent à disposition les moyens humains et matériels nécessaires. Les ressources humaines en termes d'effectifs et de compétences sont conformes à la réglementation et aux besoins de la structure. Tous les professionnels disposent d'une fiche de poste. La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est assurée selon la réglementation. Les besoins en formation sont identifiés pour chaque agent lors des entretiens professionnels annuels. Les actions de formation sont planifiés et intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. Elles sont assurées en interne (plan prévisionnel de formation, logiciel d'e-learning, achat d'un mannequin réa bébé) ou financées à l'extérieur (exercices de simulation au CHU de Marseille). L'établissement ne recourt pas à l'intérim. Une procédure d'auto-remplacement par des anciens salariés de

l'établissement, connaissant la structure et formés, permet de suppléer aux absences imprévues. L'accueil des étudiants (sage-femme, IDE, IDE puéricultrice, aide-soignante) et des internes (établissement terrain de stage pour les internes d'anesthésie-réanimation) est organisé.
Les besoins en procédures sont identifiés, élaborées avec les professionnels, formalisées, issues de documents de référence validés, intégrées et consultables sur le dispositif de gestion documentaire informatisé de l'établissement (et sous forme de logigramme affiché pour les conduites à tenir dans les situations obstétricales et néonatales urgentes). Ces procédures opérationnelles concernent le management des risques, les procédures techniques et celles liées aux processus interventionnels.
Les locaux de la salle de naissance sont conformes à la réglementation avec un bloc opératoire intégré exclusivement dédié aux césariennes et une SSPI située en face. L'organisation des circuits de prise en charge en cas d'infection de la maman ou du bébé est formalisée. Les mesures sont prévues pour l' hygiène des locaux, la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux, la maintenance préventive et curative des infrastructures.
Les ressources matérielles sont disponibles en salle de travail, au bloc opératoire et en néonatalogie. Un plan d'équipement annuel identifie les besoins en matière d'achats et d'approvisionnements. Les professionnels disposent des documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux. La maintenance préventive et curative est effective. La gestion des pannes et dysfonctionnement est organisée.
Un système d'information intégré (Suivi Informatisé du Patient-SIP), intégré au système d'information hospitalier permet l'accès en temps réel aux données de la mère et de l'enfant. La planification et la programmation des césariennes est réalisée sur un logiciel dédié. La consultation d'anesthésie et les prescriptions médicamenteuses sont informatisées.
Des formulaires papiers d'enregistrement assurent la traçabilité des différentes étapes et des intervenants : partogramme et compte-rendu d'accouchement intégré au dossier obstétrical, cahier de traçabilité du bloc obstétrical. Une fiche de liaison entre les services de soins et le bloc opératoire (validation dossier patiente et soins avant bloc césarienne) intègre une check-list de préparation de la patiente, de son identité et de son dossier. Le système d'appel en urgence du personnel du bloc obstétrical est opérationnel.
Les interfaces sont organisées et opérationnelles avec : la stérilisation (approvisionnement, prélavage des instruments, convention de sous-traitance avec le GCS pôle de santé public privé de la Ciotat, fiche traçabilité risque ATNC, transport), le laboratoire de biologie médicale (examens en urgence, incrémentation des examens dans le SIP), la radiologie avec l'organisation d'une astreinte opérationnelle d'embolisation 24h/24, la pharmacie (approvisionnements en médicaments et dispositifs médicaux, gestion des péremptions, gestion des produits sanguins labiles, l'établissement possédant une banque de sang).
Elles le sont avec les secteurs logistiques : linge (lingerie relais), déchets, transports intra-hospitaliers (pool de brancardiers salariés), service technique et biomédical (procédures d'intervention et de maintenance), et les secteurs administratifs (registre des accouchements et des naissances, signalement des évènements indésirables).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Le secteur de naissance a identifié ses besoins et ses risques, le programme d'actions préventives et de surveillance établi dans le cadre des revues de direction est mis en œuvre. La sage-femme cadre du service communique auprès de son équipe sur la stratégie de l'établissement établie lors des réunions de service trimestrielles et lors des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires (gynéco-obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, IDE puéricultrices, IDE, Aides-Soignantes). Elle sensibilise les professionnels sur les objectifs de leur secteur. La gestion des évènements indésirables est effective. Le recueil et l'analyse des évènements indésirables par les professionnels sont des pratiques fortement ancrées dans l'établissement. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles. Les activités sont évaluées périodiquement. La cadre du service s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues. De nombreux audits sont en place. Le dispositif de formation en ligne permet la vérification des acquis (hygiène des mains, AES, douleur, erreurs médicamenteuses). Les EPR issus des dispositifs d'accréditation des spécialités à risques (fiches Gynerisq Attitude du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France et fiches du Collège Français des Anesthésistes Réanimateurs) sont analysés. Des CREX sont organisés mensuellement. Le retour d'expérience est effectif lors des réunions de service et des staffs hebdomadaires pluridisciplinaires. Les actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels en cas de dysfonctionnement ou de baisse des indicateurs. Les résultats sont communiqués aux équipes et les indicateurs et les évaluations sont visibles sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentation sont disponibles dans le secteur.
Les ressources humaines sont en nombre suffisant pour répondre aux besoins et assurer la continuité de la prise en charge en cas d'urgence, la nuit, les week-end et jours fériés. Un planning permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine. Une équipe de 7 médecins anesthésistes est dédiée au secteur d'obstétrique. La SSPI est surveillée par des IDE formés. Les astreintes des personnels soignants et médicaux sont organisées et diffusées sur le site internet de l'établissement. Un obstétricien, un anesthésiste et un pédiatre sont, conformément à la réglementation, de garde sur place tous les jours, week-end et jours fériés. Un tableau de vacation des praticiens est régulièrement actualisé.
Les professionnels sont formés, notamment à la réanimation néo-natale (ateliers de simulation au CHU, ou sur place grâce au mannequin de réanimation bébé). Le dispositif d'e-learning permet de vérifier les acquis sur les erreurs médicamenteuses, l'hygiène des mains, la douleur, la conduite à tenir en cas d'AES. Une formation sur les RMM est assurée pour l'ensemble des personnels. Les nouveaux arrivants sont formés et tutorés avec un bilan d'évaluation intermédiaire.
Les protocoles actualisés et validés issus des documents de référence sont disponibles dans l'espace professionnel sécurisé sur tous les postes informatiques de l'établissement, mais aussi consultables à distance à domicile. Ils sont affichés sous forme d'algorithme en salle de travail et au bloc pour les urgences obstétricales (césarienne en urgence, prévention de l'hémorragie du post partum, embolie amniotique) ou néonatales (réanimation).
Ils couvrent toutes les situations : procédures d'hygiène, prévention des risques professionnels notamment les AES, préparation salles d'accouchement et salle de césarienne, bio-nettoyage des salles et des matériels, stérilisation des dispositifs médicaux, prise en compte du risque ATNC, gestion des déchets et du linge, procédures de prise en charge d'une patiente au bloc obstétrical, soins au nouveau-né, procédure générale de soins, protocoles analgésiques, check-list HAS «sécurité césarienne», critères de sortie de SSPI...
Les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge de la patiente (dossier obstétrical, dossier informatisé (SIP), examens complémentaires).
Les patientes disposent dans la première partie du dossier obstétrical de documents d'information (préparation à la naissance, consignes de soins, séjour) et les consentements aux soins.
Les salles de travail, la salle de césarienne, la SSPI, la salle de soins intensifs sont adaptées, contrôlées et entretenues.
Le matériel, le linge, les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les équipements en panne sont remplacés.
L'approvisionnement en médicaments et DMI est organisé avec un système d'approvisionnement «plein-vide» permettant de répondre aux besoins.
Le matériel d'urgence vitale est disponible.
Les postes informatiques sont accessibles, sécurisées par clé biométrique et disposent de droit d'accès en fonction des professions.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les organisations définies pour le fonctionnement sont mises en œuvre et confirmées par les données issues de la patiente rencontrée dans le cadre du patient traceur.
La prise en charge est coordonnée et s'effectue selon l'organisation connue : vérification de l'identité, évaluation initiale à l'admission, consultation du dossier obstétrical (confié à la patiente et ramené à chaque consultation et hospitalisation), examen d'entrée clinique et obstétrical, surveillance clinique et paraclinique du travail, analyse du tracé du rythme cardiaque fœtal (RCF), analgésie obstétricale conforme au protocole, surveillance de l'accouchement et de la délivrance tracée sur le partogramme, soins et protocole d'identification du nouveau-né, puis transfert du nouveau-né et de sa mère dans le service de suites de couches. La coordination des personnels est effective, les effectifs du personnel sont en adéquation avec le planning, la continuité des soins est assurée.
Les pratiques professionnelles fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues sont mises en œuvre : protocoles cliniques et organisationnels (prise en charge d'une grossesse à risque, prévention de l'hémorragie du post-partum immédiat, césarienne en urgence, critères de sortie du secteur de naissance, réanimation néonatale), protocoles d'identitovigilance (de la mère, du nouveau-né, accouchement sous X, non divulgation de présence), protocoles de maitrise du risque infectieux (hygiène générale, préparation cutanée, antibioprophylaxie, isolement).
Les circuits établis sont respectés : suivi prénatal personnalisé ou physiologique, circuit d'accouchement d'une grossesse à bas risque materno-fœtal et obstétrical, prise en charge d'une grossesse à risque, algorithme de réanimation néonatale, prise en charge des morts fœtales in utéro ou à la naissance, décès maternels.
Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité des patientes. Les consultations de fin de grossesse et les déclenchements sont organisés et programmés. Les césariennes sont programmées dans une fiche de réservation prévisionnelle et planifiées dans le programme opératoire à l'aide du logiciel du bloc dédié.
Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, en interne avec les consultations, la stérilisation, la pharmacie, le laboratoire de biologie (incrémentation des résultats d'examen dans le SIP) les

brancardiers, et en externe une procédure et une fiche de liaison obstétrico-pédiatrique organise le transfert materno-foeatal et/ou du nouveau-né dans une autre structure du réseau Périnatalité Méditerranée.
La traçabilité des actes et activités réalisées est opérationnelle, incluant les vérifications effectuées. Les sages-femmes vérifient et tracent la présence et la fonctionnalité du matériel dans chaque salle à chaque nouvelle entrée d'une parturiente (cahiers de contrôle de bon fonctionnement de la salle d'accouchement, de la salle de césarienne, de la SSPI, contrôle de bon fonctionnement des tables de réanimation).
Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est tracé (respirateurs, tables de réanimation néonatale, couveuses, rampe chauffante, appareil de photothérapie, scopes, cardiotocographes). Le matériel d'urgence vitale est vérifié et opérationnel. La traçabilité des intervenants et des actes est réalisée dans le cahier du bloc obstétrical. L'examen d'entrée, la consultation pré-anesthésique, l'évolution du travail, le partogramme, le compte-rendu d'accouchement, le suivi per-anesthésique, la prise en charge de l'hémorragie de la délivrance sont tracés dans le dossier obstétrical. La check-list sécurité césarienne est en place et tracée. La sortie du secteur de naissance ou de SSPI est validée après examen de l'accouchée, horodatée et tracée. La traçabilité des soins du nouveau-né est assurée, le carnet de santé est renseigné.
La surveillance environnementale est effective et tracée. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux appliqués. Le nettoyage et l'entretien des points d'eau assurés (baignoire). L'hygiène du matériel réutilisable opérationnelle.
Les instances sont opérationnelles. Les Revues de Direction quadrimestrielles, outils de management commun, réunissent la direction et les cadres des secteurs d'activité. Dans le service sont organisés des staffs pluridisciplinaires hebdomadaires et des réunions de service trimestrielles. Des CREX mensuels réunissent l'ensemble des cadres de l'établissement. Toutes ces réunions font l'objet de comptes-rendus mis à disposition de l'ensemble des professionnels sur l'espace sécurisé du site internet de l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs en salle de naissance. Les données de ce secteur sont, comme celles des autres secteurs d'activité de l'établissement, analysées lors des Revues de Direction tous les quadrimestres. La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont suivies grâce au recueil des indicateurs obligatoires nationaux QSS (tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur post opératoire, prévention et prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat), des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, des indicateurs Hôpital Numérique. Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement : indicateurs d'activité (nombre de patientes, nombre de naissances), ressources humaines (effectifs et nombres d'heures payées), consommation de linge, quantité et coût des médicaments et dispositifs médicaux, suivi des activités de l'espace prénatal (échographies, prise en charge spécifique). Les indicateurs proviennent aussi des audits réalisés dans l'établissement (identitovigilance, droit des patients, urgence vitale, sondage urinaire, préparation cutanée avant drapage, bionettoyage, traçabilité cahier de bloc), du dispositif d'e-learning, et des EPP (hémorragie de la délivrance). Les évènements indésirables spécifiques à la salle de naissance (et de tous les secteurs interventionnels) sont suivis en continu et sont analysés par le Comité des Vigilances et de Gestion des Risques (COVIGERIS), et selon la nature par le Conseil de bloc et en RMM. Les évènements indésirables majeurs font, en outre, l'objet d'un suivi lors des Revues de Direction. Les éléments issus de ces analyses permettent l'élaboration d'un bilan des performances : synthèse des résultats du management de la qualité du quadrimestre précédent reprenant sur un tableau de bord le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs, l'état d'avancement des actions d'amélioration engagées (échéance, date de réalisation), le responsable des actions. Les comparaisons des indicateurs sont réalisées avec les autres établissements du groupe Sainte-Marguerite.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. En 2015, mise en place d'un kit embolie amniotique selon les recommandations HAS, mise à jour des dotations en médicament au bloc notamment le fibrinogène, finalisation du dossier informatique (inclusion du partogramme dans le SIP, protocole sur la prévention de l'hémorragie de la délivrance réactualisé suite à une EPP (achat d'une balance pour quantifier les pertes sanguines, utilisation du ballon de tamponnement intra-utérin de Bakri, stock de fibrinogène dans le

bloc), mise à disposition du matériel de dépistage du streptocoque B par PCR.
Le suivi de la mise en œuvre des plans d'action est assuré régulièrement par la cadre sage-femme.
L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est évaluée chaque année lors de la première revue de direction de l'année. Des ajustements de la politique et des objectifs sont mis en œuvre en fonction des résultats des évaluations. Les organisations et actions mises en place sont partagées avec les autres établissements du groupe.
La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers. Les tableaux de bord d'activité, de ressources et de qualité sont accessibles aux personnels des services sur le site internet sécurisé.
Les résultats des IQSS sont affichés dans chaque hall et disponible au public sur le site internet de l'établissement.