



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE PAUL STRAUSS

**3 rue de la porte de l'hôpital
Bp 30042
67065 Strasbourg
JUILLET 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	9
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	9
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	9
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	9
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	9
5. SUIVI DE LA DÉCISION	9
PROGRAMME DE VISITE	10
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	10
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	10
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	13
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	51

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CLCC PAUL STRAUSS	
Adresse	3 rue de la porte de l'hopital 67065 Strasbourg
Département / région	BAS-RHIN / CHAMPAGNE-ARDENNE/LORRAINE/ALSACE
Statut	Privé
Type d'établissement	Centre de Lutte contre le Cancer

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS1228	INSTITUT RÉGIONAL DU CANCER ALSACE	3 rue de la porte de l'hôpital 67085 STRASBOURG
Entité juridique	670780063	CLCC PAUL STRAUSS	3 rue de la porte de l'hopital Bp 30042 67065 Strasbourg
Etablissement de santé	670000033	CLCC PAUL STRAUSS	3 rue de la porte de l'hopital Bp 30042 67065 Strasbourg

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	18	/	7
MCO	Médecine	61	36	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	- Accréditation laboratoire COFRAC : Service d'oncogénétique (COFRAC) Visite du 20 au 22/10/2014.
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	- GCS IRECAL (Institut Régional du Cancer d'Alsace) : signature d'un avenant au protocole d'accord cadre entre le Centre Paul Strauss et les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg fixant le fonctionnement de l'IRC * Domaine : ensemble des activités médicales du Centre Paul Strauss

PRINCIPALES COOPÉRATIONS * (CONVENTIONS, PARTENARIATS, CHT, GCS DE MOYEN...) :

* GIE Centre d'Imagerie Médicale Inter hospitalier de Strasbourg : en cours de liquidation.

* Domaine : convention de mise à disposition de l'équipe opérationnelle
- Collaborations avec les SSR de la région (Clinique du Ried, AMRESO Béthel, Clinique du Neuenberg)

* Domaine : SSR

- GIP BIHAN (blanchisserie inter hospitalière Alsace Nord) avec l'EPSAN de Brumath

* Domaine : logistique

- Collaborations avec les HAD de la région (Nord Alsace Haguenau, AURAL Strasbourg, Bruche Schirmeck, Colmar, Sud Alsace Mulhouse)

* Domaine : HAD

- Participation au réseau régional de cancérologie CAROL

* Domaine : cancérologie

- Partenariat pour la mise en place d'une plateforme hospitalière régionale de biologie moléculaire entre le Centre Paul Strauss, les Hospices Civils de Colmar et le CH de Mulhouse

* Domaine : biologie

- 3 C avec les HUS

* Domaine : cancérologie

- Protocole d'accord cadre entre le Centre Paul Strauss et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg, relatif au fonctionnement de l'IRC

* Domaine : stratégie de l'établissement

- Convention entre le Centre Paul Strauss et les établissements associés (CH Saverne, CH de Sélestat, CH de Haguenau) permettant l'exercice de l'activité de chimiothérapie

* Domaine : chimiothérapie

- Convention relative aux conditions d'intervention des bénévoles accompagnants les personnes en soins palliatifs (Pierre Clément/ JALMALV) dans l'établissement

* Domaine : médecine

- Entre les 4 CLCC Grand Est : Centre Paul Strauss, Centre Alexis Vautrin, Institut Gaudinot, Centre Georges François Leclerc :
Mutualisation du poste de Juriste Droit de la santé

* Domaine : droit de la santé

- Convention de transfert des patients du Centre Paul Strauss vers le service de réanimation médicale des HUS

* Domaine : réanimation

- Avenant n°1 au protocole d'accord cadre signé le 06/07/2010 entre le Centre Paul Strauss et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg

* Domaine : chimiothérapie

- Partenariat pour la réalisation des examens de biologie médicale du Centre Paul Strauss par les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

* Domaine : biologie

- Convention pour l'utilisation du TEP-SCAN du CPS par le CH de Haguenau et le CH de Freyming

* Domaine : médecine nucléaire

- Avenant n°2 au protocole d'accord cadre signé le 06/07/2010 entre le Centre Paul Strauss et les Hôpitaux universitaires de Strasbourg

* Domaine : cancérologie

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 avec recommandation d'amélioration (B).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

La Haute Autorité de santé appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.
Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en radiothérapie
Management de la prise en charge du patient en médecine nucléaire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
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	Femme Personne Démunie-agée	Médecine oncologique	cancer métastasé	Hospitalisation programmée	complexe	MCO
2	Femme	Médecine oncologique	cancer sein	Hospitalisation programmée	"simple Un(e) patient(e) entré(e) pour 1 séance d	MCO
3	Femme	Unité de Chirurgie Ambulatoire	cancer du sein	Hospitalisation programmée	"complexe Une patiente entrée pour une chirurgie	MCO
4	Femme	oncologie chirurgicale	cancer gynécologique	Hospitalisation programmée	simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

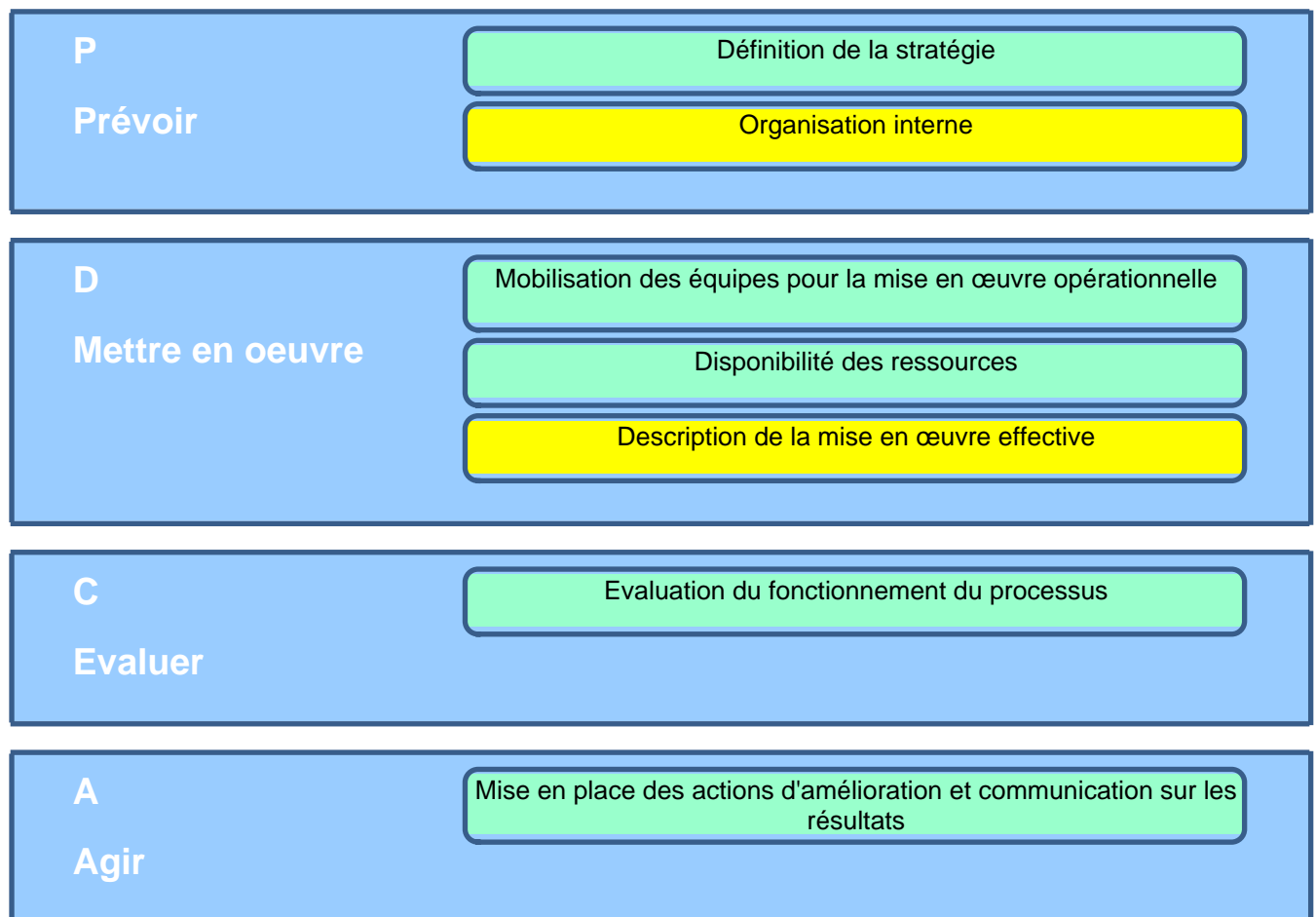
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

En fonction des évaluations menées et des résultats obtenus, relatifs à l'organisation de la qualité et de la gestion des risques, le Centre Paul Strauss a redéfini sa politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins 2015-2018 selon cinq axes. Elle est inscrite dans les orientations stratégiques, portée par le management et validée par la CME en juin 2015. Elle intègre notamment les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de crise. Elle prévoit également la coordination des différentes composantes du système qualité gestion des risques. Néanmoins, la politique qualité n'intègre pas la stratégie EPP. La stratégie EPP figure dans l'objectif 2 de l'axe 3 de la politique qualité : « dynamiser les démarches d'évaluation et d'amélioration des pratiques professionnelles ». Le programme d'action 2015 reprend les actions identifiées suite à l'élaboration du compte qualité. Elles sont hiérarchisées et priorisées. Cependant, le PAQ ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus, validé et connu et sa déclinaison ne concerne que les plans d'actions du CQ. Le service qualité n'a pas connaissance de tous les plans d'actions des secteurs d'activité, des instances et groupes de travail.

ORGANISATION INTERNE

Le bureau du CCQR (Comité de Coordination de la Qualité et des Risques) est composé du médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, de la Direction des soins, de la Direction organisation et projet, de la responsable qualité-gestion des risques. La responsable qualité-gestion des risques est le pilote opérationnel du processus en lien avec le CCQR. Un règlement intérieur du CCQR définit les missions et la composition de ces instances. Les rôles et responsabilités des membres du CCQR sont identifiés et formalisés dans des lettres de missions signées de la Direction générale et du président de CME. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, en effet des binômes "référents qualité" médicaux et soignants ont été identifiés et nommés, en octobre 2015, dans chaque départements/services cliniques et médico-techniques afin de dynamiser la démarche qualité et gestion des risques auprès des professionnels de terrain et de représenter leur département au CCQR. Des formations sont également prévues sur des thèmes tels que déclaration des événements indésirables, analyse des causes, etc... notamment dans le cadre du programme d'intégration des nouveaux internes. La documentation est gérée via le portail intranet de l'établissement avec une accessibilité dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement. La procédure "Gestion des événements indésirables" complétée du document "Déclaration informatisée des événements indésirables - Guide d'utilisation du logiciel" décrit le dispositif de gestion des événements indésirables. Néanmoins, la gestion des interfaces et des circuits entre les secteurs d'activité et le service qualité n'est pas organisée formellement pour faciliter la concertation entre le service qualité et les professionnels des secteurs d'activité. Le service qualité ne participe pas à toutes les commissions de l'établissement, par exemple au comité en charge du risque infectieux, au conseil de bloc, etc... Il n'a pas connaissance des cartographies des risques à priori réalisées, des EPP et des plans d'actions qui en découlent. Il n'y a pas d'organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre de démarches d'EPP, en effet, il n'y a plus de Comité EPP depuis 2013. La documentation et le dispositif de déclaration des EI sont gérés via le portail intranet de l'établissement avec une accessibilité dans l'ensemble des secteurs d'activité de l'établissement, cependant, l'organisation ne permet pas d'assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables liés au risque infectieux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs d'activité (cadre de santé et médecin responsable) ont défini des objectifs et assurent un suivi de plans d'actions propres à leurs secteurs (médecine, chirurgie, plateaux techniques, etc...). Depuis octobre 2015, des binômes "référents qualité" médicaux et soignants sont présents dans les départements/services afin de dynamiser la démarche qualité et gestion des risques et d'impliquer les professionnels. Des actions de sensibilisation sont réalisées notamment lors de la semaine "Sécurité du patient": "Chambres des erreurs", "Trivial poursuit", etc... Un journal interne permet également d'informer les professionnels sur ce thème. Les cadres de santé en lien avec les responsables de groupe de travail ou instances s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (ex: tenue et complétude du dossier patient, respect des règles d'hygiène, circuit du médicament). Les professionnels sont informés des résultats, des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (ex : signalement événement indésirable, baisse de résultats QSS).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines nécessaires au déploiement opérationnel du processus sont disponibles. Le personnel est formé et sensibilisé sur la qualité gestion des risques notamment les nouveaux internes sur la base d'un programme formalisé. Des formations notamment sur la méthodologie d'analyse des causes profondes sont réalisées chaque année. En novembre 2015, une journée "Qualité" a été organisée. Le personnel est sensibilisé et informé en particulier via le portail internet de l'établissement avec la mise en ligne du journal interne, d'informations diverses, de quiz. La gestion documentaire est diffusée et accessible via le portail intranet de l'établissement. Le dispositif est opérationnel et connu des professionnels. Le matériel informatique nécessaire est disponible dans les secteurs.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le compte qualité a été élaboré sous la supervision du service qualité avec tous les pilotes des thématiques identifiés en septembre 2014. Les professionnels se sont mobilisés (participants aux groupes de travail, IDE référents : dossier patient, parcours patient, médicament, etc...) pour collecter les informations nécessaires au remplissage du CQ.

Les secteurs d'activité (bloc, radiothérapie, pharmacie, médecine nucléaire) ont identifié leurs risques a priori selon une méthodologie définie propre à chaque secteur.

Toutefois, le service qualité n'a pas connaissance de ces éléments. En effet, il n'y pas de démarche d'évaluation des risques a priori appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement au niveau institutionnel.

La procédure "Gestion des événements indésirables" complétée du document "Déclaration informatisée des événements indésirables - Guide d'utilisation du logiciel" est approprié et opérationnel. Une analyse est réalisée toutes les semaines par le service qualité et la Directrice des soins. Le cas échéant, l'analyse des causes est approfondie selon une méthodologie adaptée au cours de CREX, RMM ou REMED. Les professionnels y sont associés.

La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques n'est pas assurée du fait de l'absence de comité de pilotage qualité gestion des risques depuis 2013. Le CCQR actif depuis octobre 2015 n'a pas encore assumé cette mission. Seuls les bilans des comités de vigilances sont présentés en CME.

Une "Procédure de traitement des réclamations et des plaintes" est en place. La Directrice des Opérations Projet en lien avec la direction et le service qualité assure la gestion des des plaintes et réclamations. Leur analyse implique les professionnels et les représentants des usagers et contribue à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge.

Des actions EPP sont réalisées dans les secteurs d'activité avec l'engagement effectif des professionnels. Cependant, l'établissement ne suit pas l'avancement et l'impact des démarches EPP. Un seul point EPP a été réalisé en CME en 2014 et ce thème n'a pas été abordé en CME en 2015.

Les RCP sont organisées par spécialité/secteur, avec des médecins référents identifiés, selon un planning défini.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins, notamment dans le cadre de la CRU. Ils se joignent aux professionnels lors des ateliers de la semaine "Sécurité des patients". En 2015, ils ont bénéficié de formation sur des thèmes tels que les droits des patients, l'identitovigilance, la iatrogénie médicamenteuse. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

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: bilan d'activité suivi des indicateurs QSS. L'évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRU est réalisé par le biais du questionnaire de sortie et de l'enquête Isatis. Une évaluation du système de management de qualité/gestion des risques en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité a été réalisée fin 2014.

A / AGIR

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

Les actions issues des plans d'actions des secteurs d'activité, groupe de travail ne sont pas toutes intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le service qualité n'a pas connaissance de tous les plans d'actions des secteurs d'activité, des instances et groupes de travail (exemple : plan d'action service radiothérapie, bloc opératoire, comité infection). Le PAQSS ne prend pas en compte l'ensemble des éléments attendus, validés et connus. Des supports et modalités de diffusion sont établis

notamment en ce qui concerne la publication des résultats des indicateurs QSS nationaux. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne, auprès des professionnels, par le biais du portail interne, des réunions de service, par affichage dans les services. Pour les usagers, l'information est diffusée par affichage, ou notification dans le livret d'accueil. La politique qualité / gestion des risques et le PAQ ont été réajustés en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus.

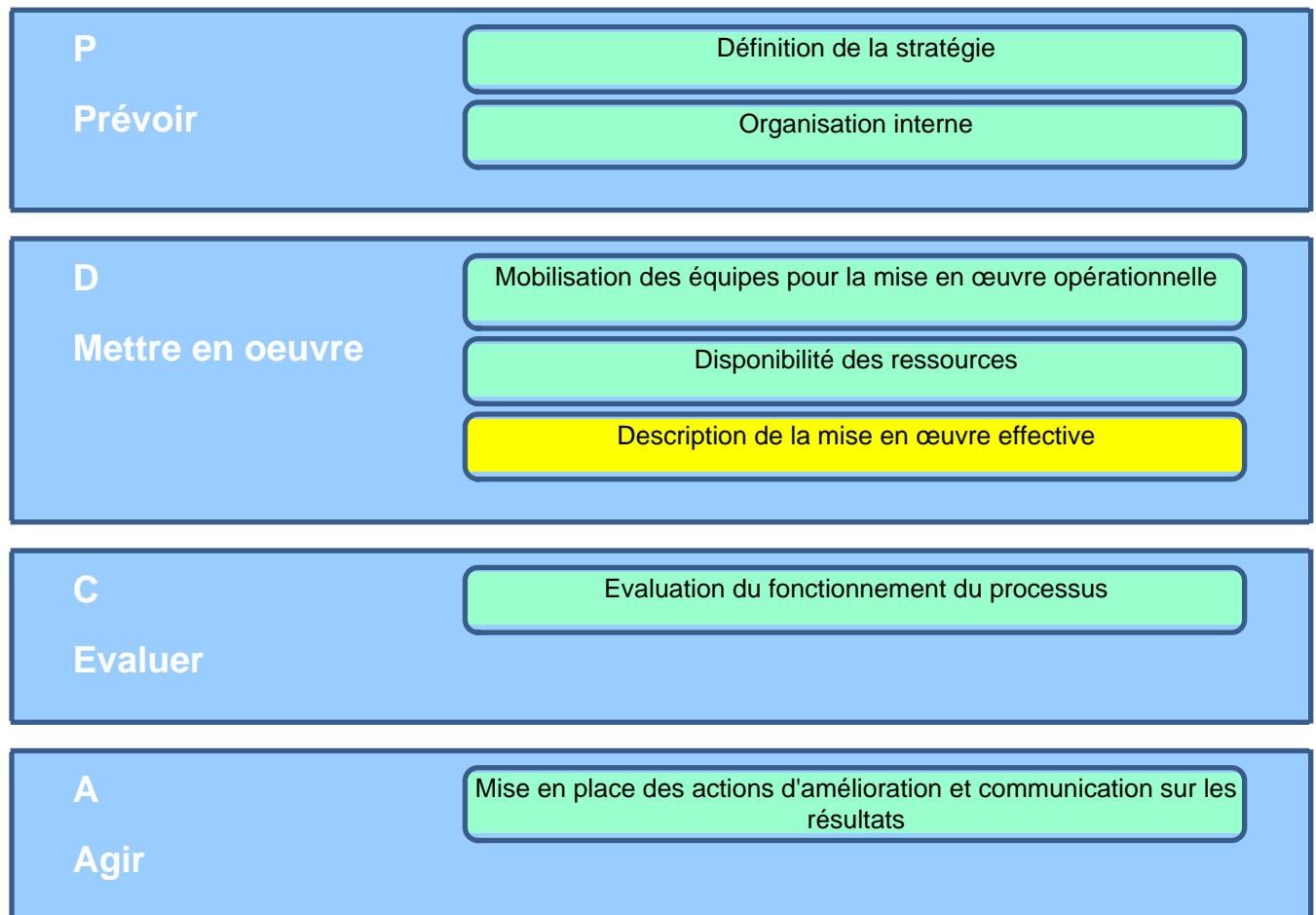
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'axe "hygiène hospitalière" du projet d'établissement 2011-2015 ("projet institutionnel"), précise la stratégie de maîtrise du risque infectieux. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé, priorisé, actualisé chaque année. La stratégie de gestion des déchets, de gestion de l'eau, de gestion de l'air est définie. Une commission linge déchets a été initiée en 2015.

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. Le service d'hygiène et la commission infection (fusion du CLIN et commission des anti-infectieux) pilote le dispositif et se réunit 3 fois par an. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Un staff "hygiène hebdomadaire" est en place. Les objectifs, sont validés en CME et sont déclinés dans le programme d'action annuel de la commission infection à l'issue du bilan de l'année précédente. Un règlement intérieur est formalisé, il a été mis à jour en novembre 2015.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé. Un service d'hygiène est en place, composé de 0,80 ETP d'infirmière hygiéniste, de 0,50 ETP de praticien en hygiène, de 0,10 ETP médecin référent infectieux, de 0,50 ETP d'assistant médical. Il existe des correspondants hygiène identifiés dans les services (IDE, AS, ASH, diététicienne, kinésithérapeute, brancardier, cuisinier, manipulateur en électroradiologie, préparateur en pharmacie).

Les missions de l'infirmière hygiéniste, du médecin sont précisées dans une fiche de poste, celles des correspondants par service dans une fiche de mission de 2001. Le plan de formation 2015, construit sur la base de recueil des besoins, intègre les thématiques liées à l'hygiène (dispositifs intravasculaires de longue durée, guide des bonnes pratiques d'hygiène, ...). Des protocoles sont en place, validés en commission hygiène, diffusés et connus. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les personnels sont informés et sensibilisés sur les risques par l'équipe du service d'hygiène lors de rencontres, des groupes de travail (EPP antibiothérapie), par le biais d'affiches sur les recommandations de bonnes pratiques. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le service d'hygiène assure les interfaces avec les secteurs logistiques, administratifs et économiques. Les plans de maintenance et de prélèvements (eau, air ...) sont en place et suivis en temps réel.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La commission infection décline les objectifs et les plans d'action. Le service d'hygiène sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur, s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats. Un programme d'action est décliné par l'équipe d'hygiène en cohérence avec le programme en lien avec les correspondants en hygiène identifiés dans chaque unité (infirmiers et aides-soignants). Une analyse est réalisée toutes les semaines par les responsables du processus hygiène en associant les professionnels concernés. L'analyse des causes est approfondie selon une méthodologie adaptée au cours de CREX. Des plans d'actions sont mis en place. Les responsables s'assurent de la mise en place d'actions correctives et de la conformité des pratiques. Le service d'hygiène (médecin, IDE) s'appuie sur les correspondants hygiène au quotidien.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs. Des formations externes sont organisées à l'échelle de l'institution (2014 et 2015). Des formations en interne sont dispensées pour les paramédicaux (nouveaux arrivants et correspondants en hygiène) et les internes (bonnes pratiques d'hygiène, d'antibiothérapie). Les besoins en formation sont identifiés à partir des besoins des agents et à partir des résultats des audits cliniques. Les documents sont accessibles sur le portail intranet ou via l'équipe d'hygiène. L'établissement a identifié un médecin référent en infectiologie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux est effective dans les différents services. La gestion de l'eau est organisée. Il existe un carnet sanitaire, un plan de plan de maintenance préventive, une planification et un suivi des prélèvements sont en place. La gestion des déchets est organisée. Il existe des procédures de tri et de gestion des déchets y compris pour les déchets à risque (cytostatiques, radioactifs, pacemakers...). La réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h est réalisée dans tous les secteurs à l'aide d'une alerte sur le logiciel de prescription médicamenteuse qui est générée automatiquement. Toutefois, la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure n'est pas systématiquement tracée dans le dossier du patient. Lors de l'audit régional EPP en 2015, l'établissement a constaté une conformité à 70% de la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24ème et la 72ème heure.

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements ne sont pas systématiquement mises en œuvre par des professionnels. Au bloc opératoire des prélèvements environnementaux sont planifiés 2 fois par an. Les résultats d'avril 2014 ont mis en évidence des non conformités. Des actions correctives ont été mises en œuvre. Un nouveau contrôle a été effectué à distance en juin 2014 (des non conformités étaient encore mises en évidence). De nouveaux prélèvements ont été effectués 5 mois après en novembre 2014.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont assurés par le service d'hygiène et la commission infection. Des audits sont réalisés à périodicité définie (audit zéro bijou), des pilotes sont identifiés, des indicateurs posés. Un calendrier est présenté et validé lors des séances de la commission infection. Des bilans d'atteinte des objectifs et du plan d'actions sont réalisés à chaque réunion de la commission infection (CR). Un bilan annuel est produit et présenté aux instances.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Le programme de gestion du risque infectieux fait l'objet d'une révision annuelle lors du bilan de la commission infection, les plans d'actions font l'objet de points d'étapes tout au long de l'année. L'établissement communique sur les résultats des audits et la mise en place des actions avec des supports écrits (affichage, livret accueil), ou lors des instances (CME, CHSCT). La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers lors de la CRU.

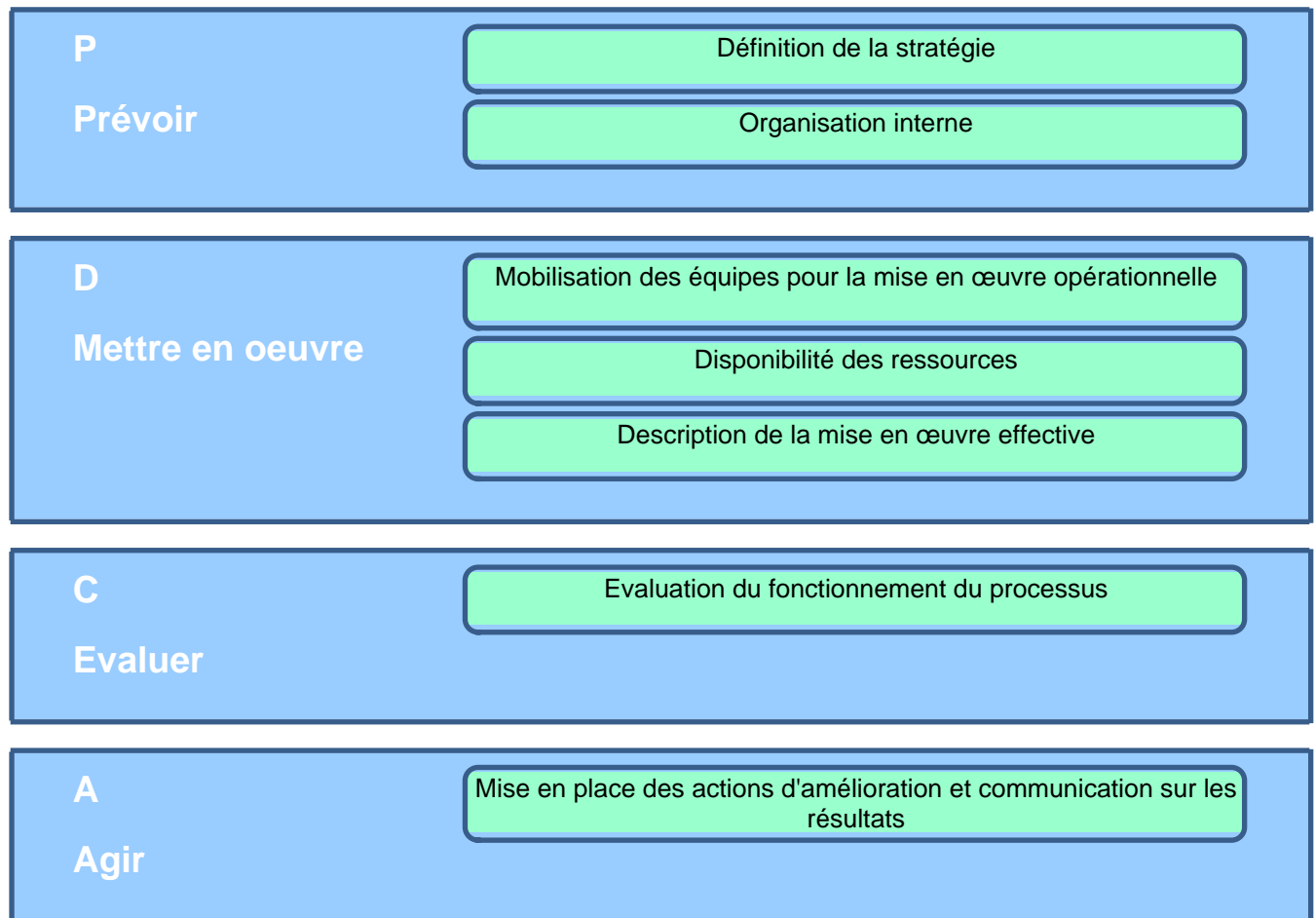
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Paul Strauss est un établissement spécialisé dans le diagnostic et le traitement des cancers et des pathologies thyroïdiennes. Il accueille également des patients pris en charge en soins palliatifs. Il a défini, en association avec la CRU, une stratégie relative aux droits des patients déclinée en cinq axes sur la base de son contexte, de ses missions et de l'analyse de ses risques propres. Cette stratégie, validée par les instances concernées, intègre notamment la bientraitance, la dignité, l'intimité, la confidentialité, les libertés individuelles. Un programme d'actions formalisé et priorisé en découle.

ORGANISATION INTERNE

La juriste chargée de la relation avec les usagers pilote le processus. Son rôle et ses responsabilités sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines. Des formations des professionnels sur les droits des patients sont prévues tous les ans sur le plan de formation: "Droits des patients", "Responsabilité juridique", "Secret professionnel". Cette thématique fait partie du programme lors des journées d'intégration des internes en médecine. Tous les professionnels signent un document "Secret professionnel et confidentialité" à leur arrivée dans l'établissement. L'établissement a organisé la documentation nécessaire sur les droits des patients : procédure "Gestion des plaintes et réclamations" "Procédure en cas de dommage lié aux soins". Une procédure sur les modalités de signalement des cas de maltraitance est définie. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La démarche institutionnelle est déclinée en plans d'actions opérationnels propres aux secteurs. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques liés aux droits des patients identifiés sur le processus. Une journée de sensibilisation à la bientraitance a été organisée en 2014. La juriste chargée de la relation avec les usagers organise des réunions de cadres de santé et les médecins responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) sont disponibles. Le personnel est formé aux droits des patients :

- « Droits des patients » et « Responsabilité juridique » : 167 professionnels formés depuis 2011
- « Secret professionnel » : 75 professionnels formés depuis 2013

L'établissement installe les locaux et met en place les équipements dans le souci de garantir les droits du patient. La gestion documentaire sur ce thème est disponible sur le portail intranet de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les patients sont informés sur leurs droits et les missions de la CRU par le biais du livret d'accueil. L'établissement propose une application pour les smartphones "Cancer Mes Droits". Un livret "La dignité", traduit en sept langues, est également disponible.

Un Comité Bientraitance est en place dans l'établissement. Il assure le suivi des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance. En service de soins palliatifs, les souhaits du patient sont respectés en ce qui concerne les soins d'hygiène, l'alimentation etc.

La procédure définie et diffusée par le service social décrivant les modalités de signalement des cas de maltraitance est mise en œuvre.

La dignité et l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, et dans les conditions d'hébergement sont respectées. Des cloisons mobiles permettent d'isoler les patients dans les box en hôpital de jour et dans les chambres à deux lits. L'organisation et les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

Le centre Paul Strauss met en place un accueil personnalisé pour le patient et son entourage, dans les

situations qui le nécessitent, à toutes les étapes de sa prise en charge: consultation, hospitalisation conventionnelle, hôpital de jour pour une chimiothérapie.

Un soutien du patient et de son entourage par des services support (psychologue, assistante sociale, socio esthéticienne) est proposé via l'infirmière du dispositif d'annonce.

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent de respecter les libertés individuelles des patients. Tout acte de contention fait l'objet d'une prescription réévaluée périodiquement.

L'établissement a mis en place un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés : colloque singulier avec le médecin, dispositif d'annonce, documents d'information, Espace Rencontre Information (ERI) en lien avec la Ligue contre le cancer, documents d'information.

Une démarche d'information en cas de dommage lié aux soins est structurée. une procédure est en place. Elle est connue des professionnels.

L'organisation en place permet le recueil du consentement éclairé du patient et, le cas échéant, du refus de soin. Les documents de consentement sont remis au patient avant tout acte technique. Dans le Centre Paul Strauss, la participation du patient et, s'il y a lieu, de son entourage est recherchée dans la construction et la mise en œuvre du projet personnalisé de soins.

La traçabilité des actions et activités réalisées dans le cadre du processus droits des patient est assurée: information donnée, prescription, consentement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le centre Paul Strauss assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des droits des patients par le biais de questionnaires de satisfaction à la sortie du patient et de l'enquête I-SATIS réalisée en octobre 2015. Des questionnaires ciblés sur des thématiques en lien avec les droits du patients notamment sur la qualité de l'information délivrée sont distribués sur les plateaux techniques, en consultation, en hospitalisation conventionnelle et de semaine, en chirurgie ambulatoire, en radiothérapie etc.

Une enquête sur la perception de la bienveillance par les patients et les professionnels a également été réalisée en 2014. Le suivi est assuré par le pilote du processus, sur la base d'indicateurs: nombre de réclamations et de plaintes (10 en 2014), taux de retour des questionnaires de satisfaction (26% en 2014) satisfaction générale (9/10 en 2014). Les résultats sont communiqués aux professionnels par le biais du portail intranet.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Elles sont issues des travaux du groupe de travail « Information du patient et traçabilité » et du Comité bienveillance (une journée de sensibilisation à la bienveillance a été organisée en juin 2014). Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne, auprès des professionnels par le biais du portail intranet. Les usagers sont informés par la CRU. L'affichage obligatoire des résultats des indicateurs nationaux QSS ou autres est réalisé sur les tableaux d'information patient dans les services de soins et lieux d'attente.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

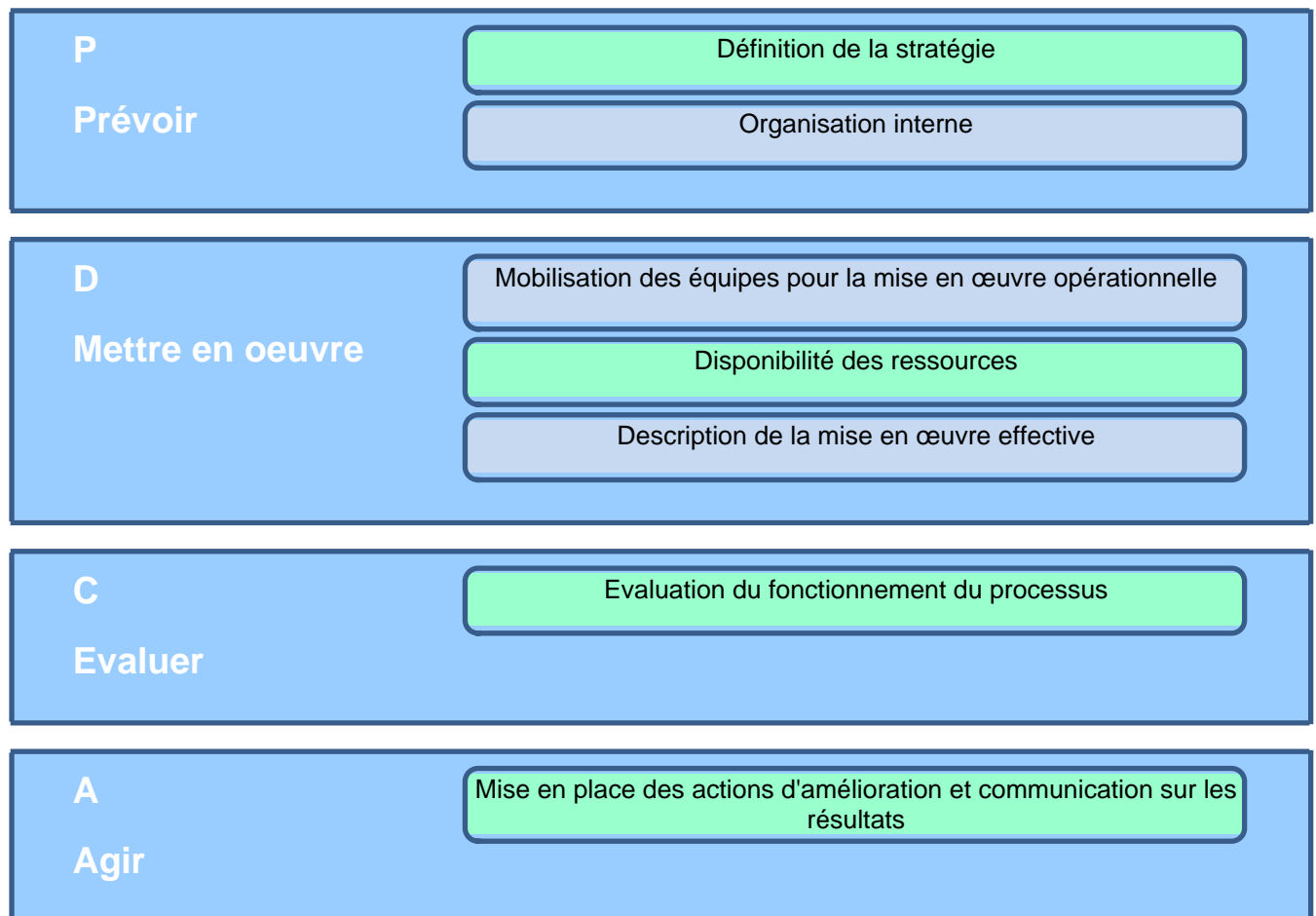
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a élaboré une stratégie globale "Parcours patient" en concertation avec les responsables et professionnels concernés. Cette stratégie a été établie à partir de l'identification des besoins, des missions et de l'analyse des risques (à priori et à postériori) propres à l'établissement. Celle-ci est formalisée et inclut une stratégie d'amélioration de la qualité pour la prise en charge du patient dans son parcours de soins avec des dispositions pour la prise en charge des populations spécifiques (personnes âgées, patients porteurs d'une mutation, enfants en radiothérapie, personnes handicapées, patients démunis et les détenus (documents référencés dans la gestion documentaire et mis à jour en novembre 2015). La stratégie "parcours patient" est déclinée dans le projet d'établissement (2011-2015), dans le CPOM (2012, mis à jour en février 2014) et le plan d'action qualité (PAQ 2015-2018 actualisé en juin 2015). Les axes d'amélioration et objectifs ont été élaborés à partir de l'analyse des risques propres au CPS en tenant compte des missions qui lui sont spécifiques. La stratégie "parcours patient" est validée en instances et déployée par secteurs de soins et en filières (la Filière 3P " Prise en charge Pluridisciplinaire Personnalisée" cancers féminins et la Filière 3P thyroïde). L'ensemble des documents (PE, CPOM, PAQ) ainsi que la stratégie "Politique Qualité des départements de chirurgie oncologie et d'anesthésie et "politique qualité du département d'oncologie médicale" ont été validés en instances (CA, CME) et sont accessibles par les professionnels. La cartographie des risques de la stratégie "parcours patient" a été établie à partir d'outils (méthode AMDEC, cartographie des processus et déclinaisons des risques) pour la gestion des risques a priori et à partir de l'analyse des fiches d'évènements indésirables, IPAQSS, plaintes et réclamations pour la gestion des risques à postériori. L'établissement est membre du groupe UNICANCER et membre du Groupement de coopération Géode.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a défini une organisation pour piloter la stratégie "parcours patient". Les pilotes identifiés du processus sont : La directrice des soins et un médecin du département d'oncologie médicale. Les pilotes coordonnent le groupe de travail Parcours patient en concertation avec les cadres de santé, les professionnels concernés et des référents identifiés, les équipes de coordination et les responsables de formation. Les missions, rôles et responsabilités des pilotes sont définis dans leur fiches de poste respectives. A partir des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources nécessaires en effectifs, compétences avec formations en lien et intégration des nouveaux agents. Il s'assure que les ressources matérielles sont adéquates et adaptés (locaux, équipements, maintenance). La gestion et les ressources documentaires sont organisées (protocoles, procédures...). Les documents sont accessibles via les postes de soins en consultant le portail intranet de l'établissement. Des actions de communication sont prévues pour informer et sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. (réunions de cadres, messagerie outlook, journal interne INFO'CPS, des journées de rencontre avec les libéraux). Une soirée formation s'est tenue le 09/03/15 concernant la prise en charge des patients atteints d'un cancer de la thyroïde. Une journée de rencontre en juin 2015 portait sur l'éducation thérapeutique. Une journée qualité a été organisée en novembre 2015 et lors de la semaine "Sécurité prise en charge des patients" en novembre 2015. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter en interne la concertation entre professionnels et les différents secteurs d'activité, inclus les libéraux et structures d'aval intervenant dans la prise en charge du patient (SSR, médecins traitants, spécialistes, IDE, Kiné, HAD...). Des règles de présence et le système de gardes et astreintes sont définies pour assurer la permanences des soins 24h/24 et les situations d'urgence. Une convention est formalisée avec le service de réanimation du CHU.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement favorise la démarche qualité sur la thématique Parcours patient et recherche l'implication des équipes dans la mise en œuvre du processus au sein des différents secteurs de soins pour la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Cette démarche est menée par les pilotes du groupe de travail "parcours patient" en collaboration avec les référents du processus identifiés. L'établissement organise l'information et la formation des professionnels concernés. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plan d'actions. Les responsables de secteur s'assurent de la conformité des bonnes pratiques par le respect des protocoles et des procédures. En cas de dysfonctionnements, ceux-ci font l'objet d'un signalement sous forme de fiches d'évènement indésirable et d'un traitement par la cellule qualité du CPS pour analyse et mise en place d'actions correctives. Les actions sont identifiées par le responsable en concertation avec les professionnels. Les résultats sont communiqués aux équipes en réunions de service, REMED et CREX. Des audits et EPP sont organisés et font l'objet d'un suivi présentés sous forme de tableau avec suivi

d'indicateurs selon un échancier. L'évaluation de la connaissance des professionnels sur la stratégie "Parcours patient" est réalisée par l'intermédiaire de Quizz accessibles via le portail intranet. Immédiatement après réalisation du Quizz, le consultant a connaissance de son score de bonnes réponses et a accès à la correction.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médecins, chirurgiens, anesthésistes, radiothérapeutes, soignants, personnels de bloc, secrétaires, oncopsychologues, diététiciennes, kinésithérapeutes etc... sont adaptées. Les professionnels participent à des formations intra et extra- institutionnelles selon un plan de formation qui intègre des modules portant sur la thématique "Parcours Patient". Les ressources matérielles (locaux, équipements) sont efficaces et la documentation (procédures, protocoles validés et actualisés) sont à disposition dans les différents secteurs d'activité. L'outil informatique de l'établissement comprend une procédure dégradée en cas de panne. Les chariots d'urgence sont uniformisés et à disposition dans tous les secteurs de soins. ils font l'objet d'un test quotidien, tracé. Les chariots sont sécurisés et scellés. L'ensemble des professionnels bénéficie de la formation "chariot d'urgence" tous les 2 ans organisée sous forme de participation à des ateliers de "mise en situation d'urgence". La continuité de la permanence des soins 24h/24 (soignante et médicale) est organisée, effective, établie, mise à disposition sous forme de tableaux de présence jour pour le personnel soignant et médical, de même pour les permanences de nuit gardes et astreintes. Un Interne de garde est présent pour l'admission des patients en urgence en dehors de la présence des médecins référents de services. Il peut recourir si besoin au sénior d'astreinte. Un médecin anesthésiste réanimateur est joignable pour la prise en charge des urgences vitales.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Dans tous les secteurs de soins, les professionnels mettent en œuvre la procédure "Patient traceur" pour organiser la prise en charge du patient dans son parcours de soins.

Les circuits sont respectés. Les interfaces des différents secteurs sont efficaces et opérationnelles. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les données issues de l'audit parcours patient. L'admission des patients est organisée sous le mode "programmé" à l'issue de la consultation du patient avec son médecin et/ou chirurgien oncologue référent et en concertation si besoin avec le médecin anesthésiste...

Le dispositif d'accueil défini permet l'admission et l'orientation des patients sous le mode entrée programmée mais aussi en cas de situation d'urgence pour la prise en charge des patients sous le mode entrée non programmée. En chirurgie ambulatoire, le patient est contacté par téléphone la veille de son entrée et le lendemain de son intervention. En chirurgie conventionnelle, l'IBODE voit chaque patient la veille de son intervention. En médecine oncologique ambulatoire, le patient est contacté à J-2 par l'IDEC, J-1 lors d'une consultation par le médecin pour accélérer la validation de la chimiothérapie à J0.

A l'entrée, la recherche de l'identité est efficace. Un bracelet d'identification est installé au poignet du patient. La personne de confiance est précisée et notifiée sur un document inclus au dossier patient.

Un livret d'accueil est remis au patient pour l'informer de ses droits, de l'accessibilité à son dossier, de la possibilité de télécharger l'application créée par l'établissement sur son smartphone ou consulter le site internet en lien.

Les professionnels sont vigilants pour la prise en charge du patient en toute confidentialité, le respect de sa dignité et de son intimité en tenant compte de l'entourage avec mesures d'information, d'accueil et/ou d'accompagnement. La recherche des directives anticipées est recherchée. Elles sont intégrées au dossier patient.

La prise en charge du patient est établie en fonction de l'évaluation initiale de son problème de santé et de ses besoins spécifiques. Cette prise en charge est organisée en filière 3P sein, filière de diagnostic rapide en sénologie, filière 3P thyroïde. Le médecin ou chirurgien organise la planification de l'ensemble des soins, examens, traitements nécessaires à la prise en charge du patient. Les explications sont données avec recherche du consentement pour l'ensemble des actes (soins, traitements, examens complémentaires) et sont tracées dans le dossier patient.

Systématiquement, le patient bénéficie d'une consultation d'annonce avec remise d'un questionnaire d'autoévaluation (QAE). Son dossier est présenté en Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) avec selon, proposition d'inclusion dans un essai de recherche clinique. Le compte-rendu de la RCP propre au patient est inclus au dossier du patient.

Le Projet de soins est personnalisé, il intègre la prise en compte du bénéfice/risque et la notion de populations à risques (réalisation d'un G8 et d'une consultation d'oncogériatrie si le patient est âgé, prise en charge spécifiques si enfant en radiothérapie, patient porteur d'une mutation, patient démuné, en situation de fragilité sociale, patient détenu).

Ce projet (PPS) est établi en concertation pluridisciplinaire et fait l'objet d'une réévaluation régulière au cours des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires excepté en hôpital de jour où le PPS est revu à chaque consultation ou hospitalisation. La traçabilité de la prise en charge du patient est efficace, formalisée et accessible dans le dossier du patient.

La prise en charge du patient dans son parcours intègre la prise en charge du risque de dénutrition. Les professionnels mettent en œuvre le suivi du poids, taille, IMC à l'entrée puis une fois par semaine. Les habitudes alimentaires et intolérances sont recherchées. Une diététicienne rencontre les patients pour

définir un régime adapté. Le suivi est organisé et tracé dans le DSI dans l'onglet "diététique".
L'évaluation de la douleur est effective, systématiquement recherchée à l'admission par une échelle adaptée au patient, généralement utilisation de l'échelle numérique (EN) et régulièrement réévaluée. Les scores sont tracés dans le DSI et le traitement fait l'objet d'un réajustement par le médecin si besoin. Le patient peut bénéficier également d'un accompagnement pour la prise en charge de sa douleur par L'EMSA (équipe mobile de soins d'accompagnement).
La recherche de l'autonomie, du risque d'escarres est effective et tracée via l'outil informatique.
Lors de la consultation de pré-admission, à l'entrée et au cours du séjour, l'évaluation de la fragilité psychologique et du risque suicidaire est effective selon des procédures définies. Cet item est tracé dans le dossier du patient. Si besoin, un recours envers l'oncopsychologue sera organisé suivi éventuellement d'une consultation auprès d'un psychiatre.
En cas de fragilité sociale, le patient est vu par l'assistante sociale.
Concernant la prise en charge médicamenteuse, le prise en compte du traitement personnel est effective et tracée dans le DPA.
Les prescriptions médicales sont informatisées, validées et conformes. En chirurgie, la feuille SSPI précise les traitements délivrés au bloc.
Au cours de son hospitalisation, le patient peut faire l'objet d'inclusion dans un programme d'éducation thérapeutique reconnu par l'ARS à savoir : ETP L'après cancer du sein, ETP Amélioration de la qualité de l'observance de la chimiothérapie orale.
Des actions d'éducation sont proposées vis à vis de traitements spécifiques pour le diabète, anticoagulants, anticancéreux mais aussi pour les pansements, chambres implantables, règles d'hygiène de vie, conseils diététiques ou encore activité physique avec inclusion du patient dans le programme PEP'R (séances d'entraînement personnalisé au club rowing d'aviron).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement en lien avec les pilotes de la stratégie parcours patient assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre à partir d'outils identifiés tels que les tableaux de bords de suivi d'indicateurs annuels. Il existe également un traitement des fiches d'évènements indésirables, des REMED tous les 2 mois, des EPP (personne âgée, médicament, installation opératoire de la patiente dans le cadre de la chirurgie oncologique du sein). Une EPP portant sur l'évaluation de la gestion des chariots d'urgence vitale (07/2015), un audit annuel de pratique sur la pose et utilisation des cathéters veineux centraux et périphériques, pose de sonde urinaire et sur la réévaluation à H+72 des antibiotiques.
Il existe des CREX en radiologie, médecine oncologie et nucléaire, chirurgie oncologique tous les 2 mois, des CREX mensuels en radiothérapie, une évaluation tous les ans des RCP, de la CDEI (taux de conformité des demandes d'examen en imagerie) et du taux de Compte-rendus en radiologie. Des audits ont été réalisés en 2015 sur le délai d'envoi des CR de sortie (en moyenne 9,8 jours), le suivi du risque d'escarres et le dépistage des troubles nutritionnels.

A / AGIR

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

Les variations des indicateurs sont analysées et font l'objet d'actions correctives transmises aux professionnels par l'encadrement en lien avec les pilotes et référents identifiés du groupe de travail "Parcours patient". Les actions d'amélioration sont effectives et font l'objet d'une traçabilité sous forme de compte-rendus et mènent à la mise en place de nouvelles conduites à tenir, mises à jour de procédures, de protocoles. La communication des résultats est effective auprès des instances (CME, CCQR), des professionnels et auprès des usagers lors des réunions de CRU (4 réunions en 2015).

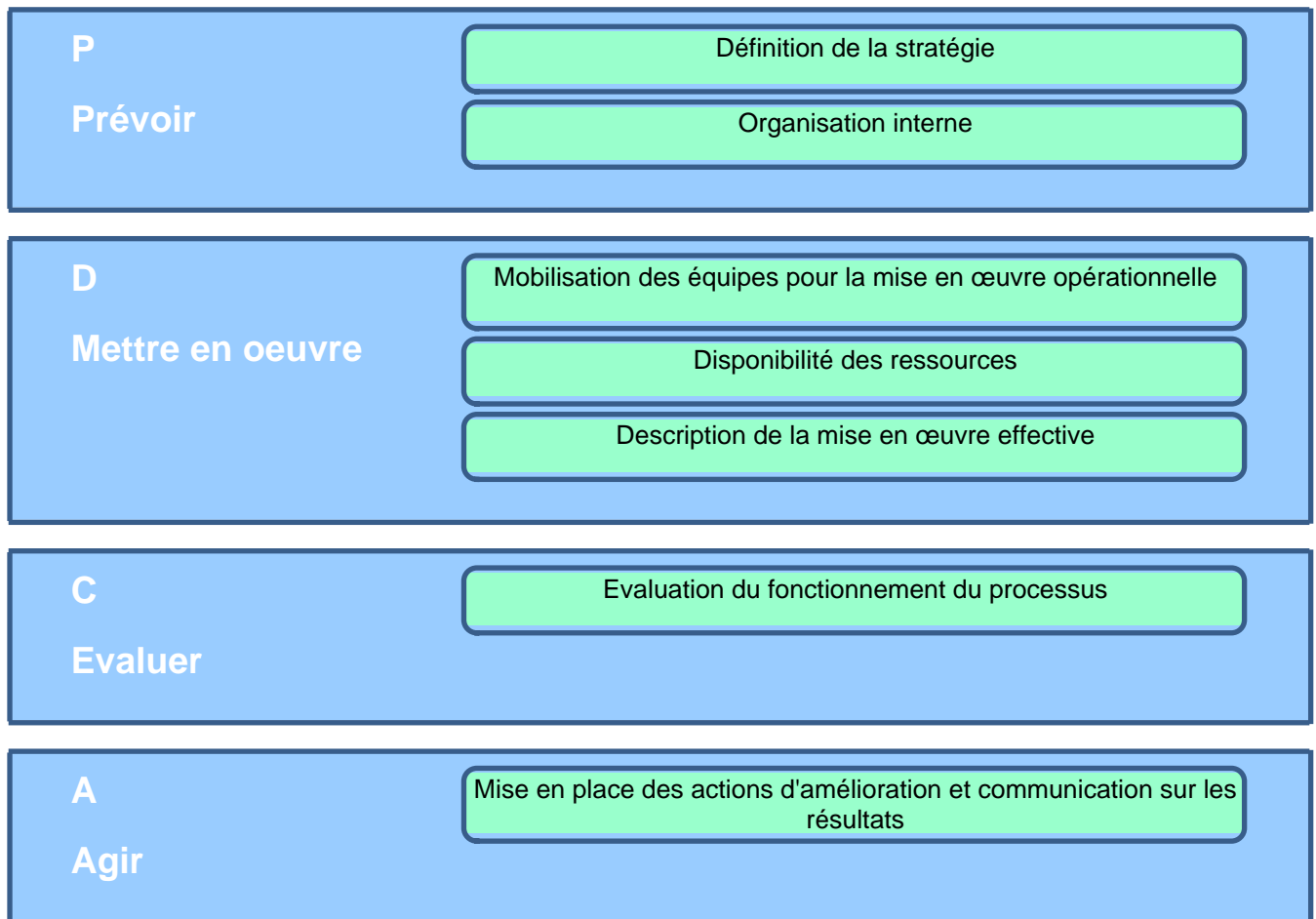
DOSSIER PATIENT

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



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Dans le document "Dossier patient : Bonnes pratiques et réglementations " le centre Paul Strauss a défini les objectifs de sa politique de gestion du dossier du patient. Ces derniers sont établis sur la base :

- d'une identification du contexte et des missions de l'établissement qui prend en charge des patients en cancérologie : médecine, chirurgie, hôpital de jour, secteurs interventionnels.

- d'une analyse des risques intégrée dans le compte qualité.

Cette stratégie, validée par la CME, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Un bilan d'activité du groupe "Dossier patient" est présenté en CME.

Un des objectifs défini est la poursuite de l'informatisation du dossier patient pour aboutir à l'utilisation d'un support unique.

A ce jour, l'informatisation est complète dans le service de chirurgie. En médecine, elle concerne les prescriptions, le dossier infirmier, le courrier de sortie. Les observations médicales sont tracées sur un support papier. En chirurgie, le dossier anesthésie et le suivi en SSPI sont sur support papier. Un logiciel métier est en place en radiothérapie et en chimiothérapie.

ORGANISATION INTERNE

Un groupe de travail pluridisciplinaire « Gestion du dossier patient » pilote le processus en lien avec le Comité de coordination de la qualité et des risques. En effet, la directrice "Organisation et Projets" participe à ce groupe. Les modalités de fonctionnement de cette instance sont définies dans un règlement intérieur. Les rôles et responsabilités de l'ensemble des intervenants sur le dossier patient sont identifiés et formalisés dans le document « Dossier patient - Bonnes pratiques et réglementations » les fiches de poste des professionnels.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines: une IDE est en charge du déploiement du dossier informatisé. La formation des nouveaux arrivants (interne en médecine ou personnel paramédical) est planifiée. Ce thème est également abordé lors des journées "Qualité".

Le matériel et les documents nécessaires notamment à la mise en place du dossier informatisé sont également prévus.

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées (responsabilités, tenue, confidentialité, composition, utilisation, accessibilité en temps utile, archivage) par le biais du document "Dossier patient : Bonnes pratiques et réglementations ". Ce document reprend toutes les étapes de la création du dossier à son archivage. L'établissement a également défini une organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. En effet, l'établissement a prévu la mise en place du dossier informatisé sur l'ensemble des secteurs d'activité. Au bloc et en SSPI le logiciel est présent, il ne permet pas d'assurer le suivi de la prise en charge du patient celle-ci étant tracée sur des documents papier spécifiques. Une fiche de liaison entre les services d'hospitalisation et le bloc (et vice versa) est élaborée. Des interfaces entre le dossier patient informatisé et des logiciels métier (exemple avec le service de radiothérapie) sont créées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les cadres de santé sensibilisent les professionnels sur les risques liés au dossier patient, identifiés dans leur secteur. Des réunions de service sont organisées tous les deux mois. En lien avec le groupe "Gestion du dossier patient" ils s'assurent également de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées, par exemple dans le cadre de la baisse des résultats des indicateurs QSS entre 2011 et 2014.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Les personnels sont formés à l'utilisation du dossier patient sur la base de supports, en particulier, les nouveaux internes en médecine. En effet, lors de chaque renouvellement une formation est organisée. Les nouveaux arrivants paramédicaux bénéficient également d'une formation par l'IDE référente en charge du DPA informatisé. Un quiz leur permet d'évaluer leurs connaissances. Le matériel informatique

nécessaire au déploiement du dossier informatisé est en place. Dans les services des ordinateurs portables en nombre suffisant permettent aux IDE de tracer les éléments en temps réel au lit du patient. La gestion documentaire pour les professionnels est accessible et actualisée sur le portail intranet de l'établissement. Les informations relatives à l'accès du patient à son dossier sont intégrées dans le livret d'accueil du patient. Elles sont également accessibles sur le site internet du Centre Paul Strauss, avec la possibilité de compléter le formulaire et de l'envoyer directement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'accès du patient à son dossier et son information quant à ces droits sont organisés. La Directrice organisation et projets assure le traitement des demandes en lien avec le médecin DIM. Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. Les modalités de communication du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge sont mises en œuvre par le biais notamment du dossier informatisé. Les éléments sur support papier sont archivés et accessibles en temps utile (modalités de sortie du dossier antérieur lors d'une hospitalisation du patient). Un logiciel "Mouvement des patients" permet d'assurer le suivi du dossier papier à toutes les étapes de la prise en charge. La communication du dossier avec les correspondants externes est également organisée. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles ; dossier informatisé accessible dans tous les secteurs d'activité, fiche de liaison hospitalisation, bloc. Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient : observations médicales, recueil de données infirmier, transmissions ciblées, administration des médicaments etc. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de ce processus sur la base d'indicateurs notamment QSS. En mai 2015, suite aux résultats des indicateurs QSS 2014, résultats en baisse par rapport à 2011, l'établissement a réalisé un audit ciblé (prescriptions médicamenteuses pendant l'hospitalisation, prescriptions médicamenteuses de sortie, délai d'envoi courrier d'hospitalisation (inférieur ou égal à 8 jours, compte-rendu de sortie immédiat) afin d'évaluer les actions mises en œuvre. Les indicateurs relatifs à l'accès au dossier patient (proches et ayants droit) sont également suivis.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont définies et mises en œuvre. Elles sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis pour les professionnels. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne par le biais du journal interne et des "nouveauautés" diffusées sur le portail intranet et au cours des réunions de service. Pour les usagers, les indicateurs QSS sont affichés à l'entrée de l'établissement et diffusés par le biais du livret d'accueil. Concernant la procédure d'accès du patient à son dossier un bilan quantitatif et qualitatif avec les actions correctives mises en œuvre, le cas échéant, est présenté à la CRU.

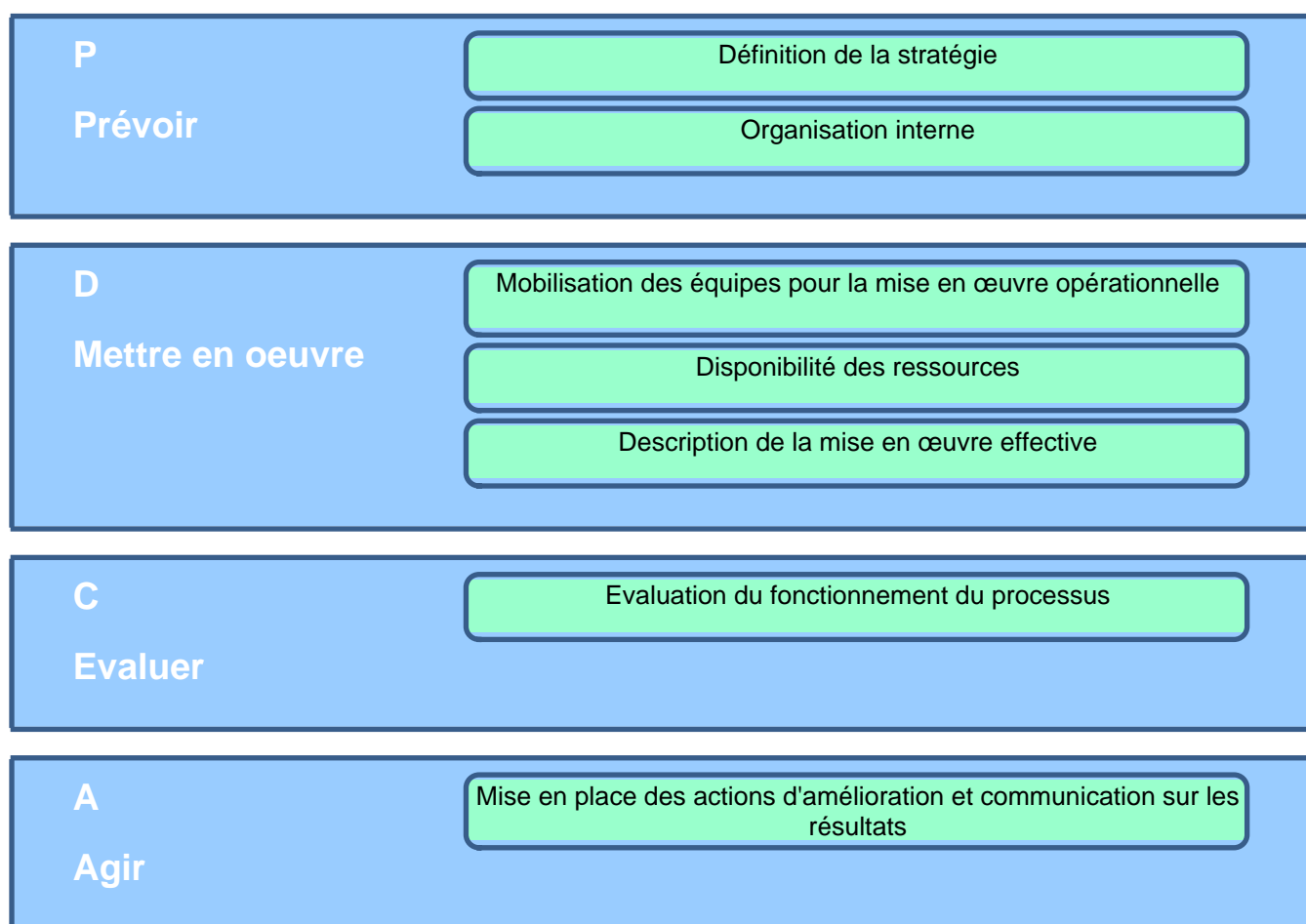
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 sécurité et de la qualité de la prise en charge médicamenteuse visant la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, la pertinence et la continuité des traitements médicamenteux, par une approche concertée et pluridisciplinaire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse élaborée sur la base d'identification des besoins et d'une analyse de risques intégrée au projet d'établissement 2011-2015. Un CBUM a été élaboré. Un rapport de suivi a été réalisé en mai 2015. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le projet pharmacie décline les objectifs et actions à mettre en œuvre, basé notamment sur le rapport d'étape du CBUM, les retours d'analyse des événements indésirables. Le projet du système d'information hospitalier est articulé avec la politique du circuit du médicament du projet d'établissement. La stratégie prend en compte la juste prescription chez la personne âgée. Le document "politique qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient" (octobre 2015) prend en compte la juste prescription chez la personne âgée, et le logiciel de prescription médicamenteuse génère une alerte pour les patients âgés de plus de 75 ans.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La responsabilité du management de la prise en charge médicamenteuse est assurée par le pharmacien chef de service nommé en septembre 2015, en lien avec le médecin coordonnateur des risques associés aux soins. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés (Informatisation du circuit, sécurisation de la dispensation, rénovation de l'URC...). Les risques sont identifiés à partir des événements indésirables (analysés et priorisés en REMED), des audits internes, des données issues de recommandations. L'ensemble a permis d'élaborer la cartographie des risques liée au circuit du médicament. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les rôles et responsabilités sont identifiés dans leurs profils de postes respectifs (médecins, cadres, préparateurs). Les ressources humaines, documentaires (procédures, protocoles) et matérielles sont en place accessibles et connues des utilisateurs. Il existe un groupe "circuit du médicament" composé de 2 pharmaciens, 1 médecin, la directrice des soins, une infirmière la responsable qualité. Ce groupe se réunit une fois par semaine et à une mission de suivi des FSEI et des objectifs opérationnels (suivi CBU). Il existe un référent infirmier informatique-pharmacie qui permet de créer un interface entre les différents secteurs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les services mettent en œuvre les plans d'actions en s'appuyant sur le référent pharmacie, les cadres et les préparateurs. Cette déclinaison implique le COMEDIMS qui se réunit 3 fois par an, il fixe les objectifs annuels et définit le plan d'actions. Un règlement intérieur de décembre 2014 définit la composition, les missions et champ d'intervention du COMEDIMS. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Des formations sont dispensées par les pharmaciens, les cadres, et les risques connus des professionnels de terrain. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les événements indésirables sont déclarés sur un formulaire de déclaration des événements indésirables informatisé. Des REMED sont réalisées tous les 2 mois et donnent lieu à une analyse, une priorisation et des actions correctives en cas de besoin. Ce groupe pluriprofessionnel (pharmacien, DDS, référent qualité, médecin, cadre, ide...) désigne un pilote et fixe des échéances.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Les pharmaciens et les préparateurs interviennent dans chaque service et s'articulent avec le cadre et une infirmière animatrice. L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est en place dans toutes les services (sauf en SSPI). Des outils d'aide à l'utilisation du dossier informatisé (mode d'emploi), d'aide à la prescription (protocoles d'aide à la prescription) sont à disposition des personnels et accessibles sur le logiciel de gestion documentaire. Les équipes sont formées lors du recrutement pour les nouveaux arrivants, lors des évolutions logicielles pour le reste du personnel. Les règles et supports de prescription sont validés par le pharmacien, la COMEDIMS et sont accessibles aux professionnels. Des actions de formation sont réalisées par le pharmacien ("DPC risque médicamenteux") auprès des nouveaux arrivants, des internes (2 fois par an) et du personnel paramédical. Des supports écrits sont diffusés. La permanence pharmaceutique est organisée selon une procédure de 2014 qui précise les modalités

d'appel du pharmacien d'astreinte pour l'approvisionnement en urgence. La PUI est ouverte de 8h30 à 17h00 du lundi au vendredi. Une procédure d'août 2015 encadre les modalités d'accès en dehors de ces horaires. Il y a une armoire d'urgence sécurisée disponible au 1er étage du bâtiment. L'accès se fait via une interface informatique reliée au SI du CLCC, qui impose un LOGIN et mot de passe, le nom du patient, le nom du médicament. La délivrance est alors tracée dans le SI de la pharmacie. En cas d'absolue nécessité un recours au Hôpitaux Universitaires de Strasbourg est sollicité après validation du médecin sénior d'astreinte.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'entrée à la sortie. Une procédure "gestion du traitement personnel" de décembre 2014 est formalisée, diffusée, connue et appliquée. Le traitement du patient est stocké dans l'armoire à pharmacie dans le casier au nom du patient. Le médecin prescrit le traitement dans le logiciel informatique. Au moment de la sortie le médecin réalise la prescription et le patient part avec son ordonnance. Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées (sauf en SSPI). Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Des dotations sont présentes dans les salles de soins des différentes unités, validées par le pharmacien et le chef de service. La dispensation est nominative dans 3 services (armoire sécurisée, avec des casiers au nom du patient, qui retourne tous les jours à la pharmacie), ainsi que pour les antibiotiques, les stupéfiants, les MDS.

Ce sont les préparateurs qui assurent la gestion des armoires à pharmacie (approvisionnement, péremptions). La traçabilité de l'administration (ou de la non administration) au patient est réalisée par l'infirmière en temps réel sur le logiciel informatique, sur le support de prescription administration unique en SSPI. Le conditionnement unitaire des médicaments le nécessitant est en place.

Les modalités de stockage et de transport des médicaments dans les services respectent les contraintes de maintien de la chaîne du froid, de sécurité et d'hygiène, y compris pour les médicaments à risque (stupéfiants, MDS...). L'unité de reconstitution des cytostatiques respecte les bonnes pratiques de préparation des anticancéreux (locaux, hygiène, circuits, doubles contrôles...). La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est réalisée par le médecin au moment de la sortie. Une consultation de pharmacien est proposée depuis 2013 au patient, sur demande du médecin, afin de réaliser un "bilan éducatif". L'analyse pharmaceutique du traitement complet est engagée. Elle concerne les patients des services de médecine, les patients en chimiothérapie, les patients sous antibiotiques. Cependant, la traçabilité du relevé des températures des réfrigérateurs est non conforme. Lors de l'investigation au bloc opératoire, les experts ont constaté une traçabilité irrégulière de la température des réfrigérateurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le pharmacien assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés (indicateurs du CBUM, indicateurs IQSS). Une EPP "prescription médicamenteuse chez le sujet âgé" (2ème tour) a été ré-engagée en mars 2014. Des REMED sont organisées suite aux événements indésirables (tous les 2 mois). L'établissement a réalisé un audit interne sur la conformité des règles de prescription au cours du séjour en 2015. Celui-ci a montré une conformité à 100%.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre, sont intégrées et articulées avec le programme d'actions sur le management de la PEC médicamenteuse au institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne par les référents (pharmacien, IDE référente) auprès des équipes médicales et paramédicales. Le suivi des actions d'amélioration conduit à examiner les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires en lien avec le COMEDIMS et en cohérence avec le programme qualité de l'établissement.

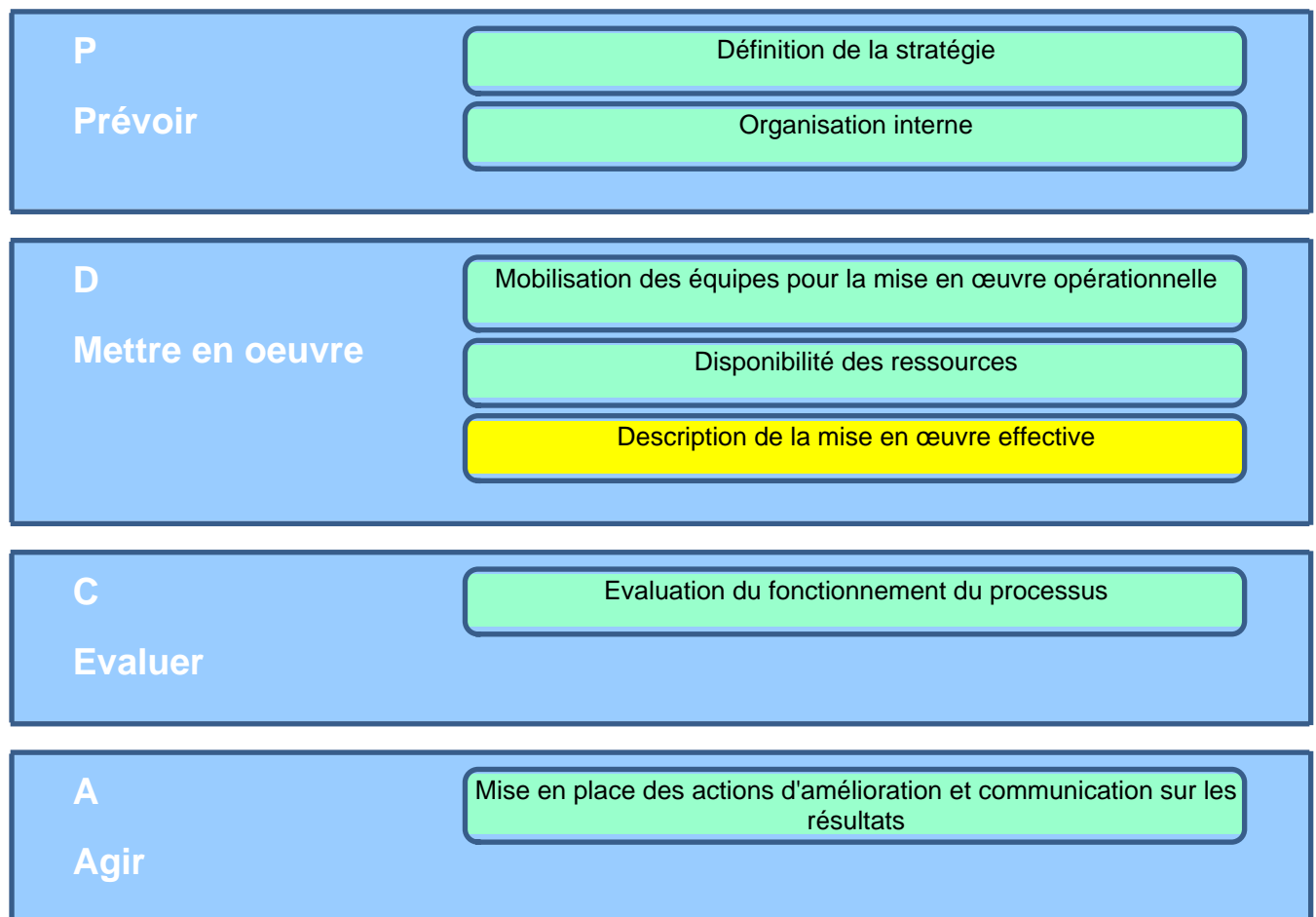
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La définition de la stratégie est formalisée dans le projet d'établissement 2011-2015. Le bloc est composé de 4 salles d'opérations, dont 1 salle dédiée aux abords vasculaires, 1 Salle de Surveillance Poste Interventionnelle avec 5 postes ; 7 places en chirurgie ambulatoire, 1 stérilisation centrale sous la responsabilité du pharmacien. La stratégie et les objectifs du bloc opératoire au regard de ses missions sont identifiés. La cartographie des risques est formalisée. Les risques sont hiérarchisés. La cartographie est validée par le conseil de bloc. Les sources de données sont : le projet d'Institut Régional du Cancer, le Contrat d'Objectifs et de Moyens, les résultats d'activité de l'établissement. L'identification et l'analyse des risques sont formalisées dans un document intitulé "Évaluation des risques à priori du processus de prise charge d'un patient au bloc opératoire", les risques sont identifiés avec les professionnels selon une méthode définie, validée par le conseil de bloc. Les objectifs sont identifiés :

- poursuivre l'augmentation de l'activité d'ambulatoire,
- devenir centre de référent en chirurgie ambulatoire du cancer,
- débiter la réhabilitation précoce en gynéco-carcinologique
- poursuivre la pratique du patient debout
- poursuivre l'amélioration de la DMS
- développer 'EPOGYN (évaluation pluridisciplinaire oncoigériatrique)
- Assurer la qualité et la sécurité de la PEC chirurgicale et anesthésique,
- poursuivre l'amélioration des pratiques professionnelles,
- Garantir la continuité et le développement de la PEC des patients en cohérence avec l'évolution des techniques et des connaissances en cancérologie,
- Poursuivre l'augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire, l'appliquer aux lobectomies thyroïdiennes, Les objectifs sont identifiés:

Le programme d'actions est formalisé, les objectifs définis. Il a été validé par le conseil de bloc. Les actions issues du compte qualité et de l'EPP "tenue de la check-list" sont intégrées au PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités pour piloter le processus sont définis dans la charte de bloc qui a été validée par le conseil de bloc. Les pilotes sont identifiés, leur fiche de poste sont formalisées. Au regard de ses missions et des risques identifiés, au bloc opératoire, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le dispositif de gestion documentaire est structuré, les protocoles et procédures sont définies et mis à disposition des professionnels dans la base documentaire. Le plan de formation est formalisé, l'accueil des nouveaux professionnels organisé. L'informatisation du bloc est partielle, le dossier patient est papier pour le bloc et la SSPI. La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'action du bloc est formalisé en déclinaison du programme institutionnel uniquement pour les actions inscrites au compte qualité, les autres actions sont issues de la cartographie des risques, de la déclaration des événements indésirables, des RMM. Les professionnels sont sensibilisés régulièrement aux objectifs du plan d'action lors des réunions de service. L'établissement recueille l'IQSS "Tenue de dossier d'anesthésie". Les professionnels sont informés des résultats des plans d'actions lors des réunions de service. Des actions correctives sont identifiées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La mise à disposition de professionnels compétents est assurée. Des formations sont organisées. Les documents, procédures, protocoles, modes opératoires sont mis à disposition des professionnels dans la base documentaire. Les ressources matérielles sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient à chaque étape de sa prise charge est assurée, de l'accueil au bloc à sa sortie de SSPI. Les règles de fonctionnement, les protocoles et procédures sont respectées. La coordination entre les professionnels est assurée via le dossier patient. La charte de bloc validée par le conseil de bloc, décrit l'organisation et le fonctionnement du bloc opératoire. Le conseil de bloc se réunit tous les 2 mois, les PV sont formalisés et mis à disposition des professionnels. Le comité de bloc se

réunit chaque semaine, il valide le programme de la semaine suivante. Les réunions de service ont lieu tous les deux mois, le PV est à disposition des professionnels. La traçabilité des DMI et des actions est assurée. Cependant, les procédures en matière d'hygiène des locaux ne sont pas systématiquement mises en œuvre. Lors du bio-nettoyage d'une salle entre deux interventions, plusieurs dysfonctionnements ont été relevés :

- non traçabilité de l'heure de début et de fin du bio nettoyage,
- bio-nettoyage du sol engagé alors que les poubelles étaient encore en salle,
- non respect des bonnes pratiques : attendre que le sol ne soit plus humide pour marcher dans la salle
- évacuation des sacs de déchets (DAOM, DASRI), posés à même sur le sol dans le couloir,
- tentative (arrêt par la chef de bloc) de réouverture du sac de DASRI pour y mettre un haricot et une seringue oubliés,
- transport du sac de DASRI à la main sans aucune protection, l'architecture du bloc entraînant des croisements,
- stockage des DASRI dans un local dédié. Le stockage des DASRI et DAOM dans un même container débordant donc ne pouvant être fermé.
- Porte de l'arsenal stérile (en surpression) maintenue ouverte lors du passage des experts. Un plan d'actions correctives à été initié pendant la visite.

Des actions ponctuelles ont été mises en oeuvre lors de la visite des experts.

Une fiche de traçabilité du bionettoyage a été mise en place durant la visite (fiche traçabilité nettoyage bloc)

Une réunion d'information avec les ASH a été réalisée le 26/11(cf. CR réunion ASH). Un chariot de transfert des déchets a été mis en place durant la visite et vérifié par les experts sur site.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le bloc opératoire assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre de son plan d'action sur la base d'outils identifiés, des EPP et audits sont menés :

- traçabilité de l'évaluation de la douleur en SSPI,
- tenue de la check-list HAS,
- prélèvements environnementaux,

Des RMM sont menées, exemple: installation sur table d'une patiente opérée du sein. Des indicateurs sont suivis :

- indicateurs nationaux IQSS (dossier d'anesthésie)
- taux d'urgences,
- taux de rajouts,
- taux d'annulations,
- satisfaction des patients

Le bloc est engagé dans le benchmarking UNICANCER. Des tableaux de bord d'occupation de salle, de respect des vacances permettent de suivre l'activité

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mise en œuvre :

- amélioration de la tenue de la check list,
- amélioration de la traçabilité de la feuille d'ouverture de salle,
- poursuivre l'amélioration de la prise en charge de la douleur par des techniques alternatives.

La communication des résultats se fait lors des réunions de service. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

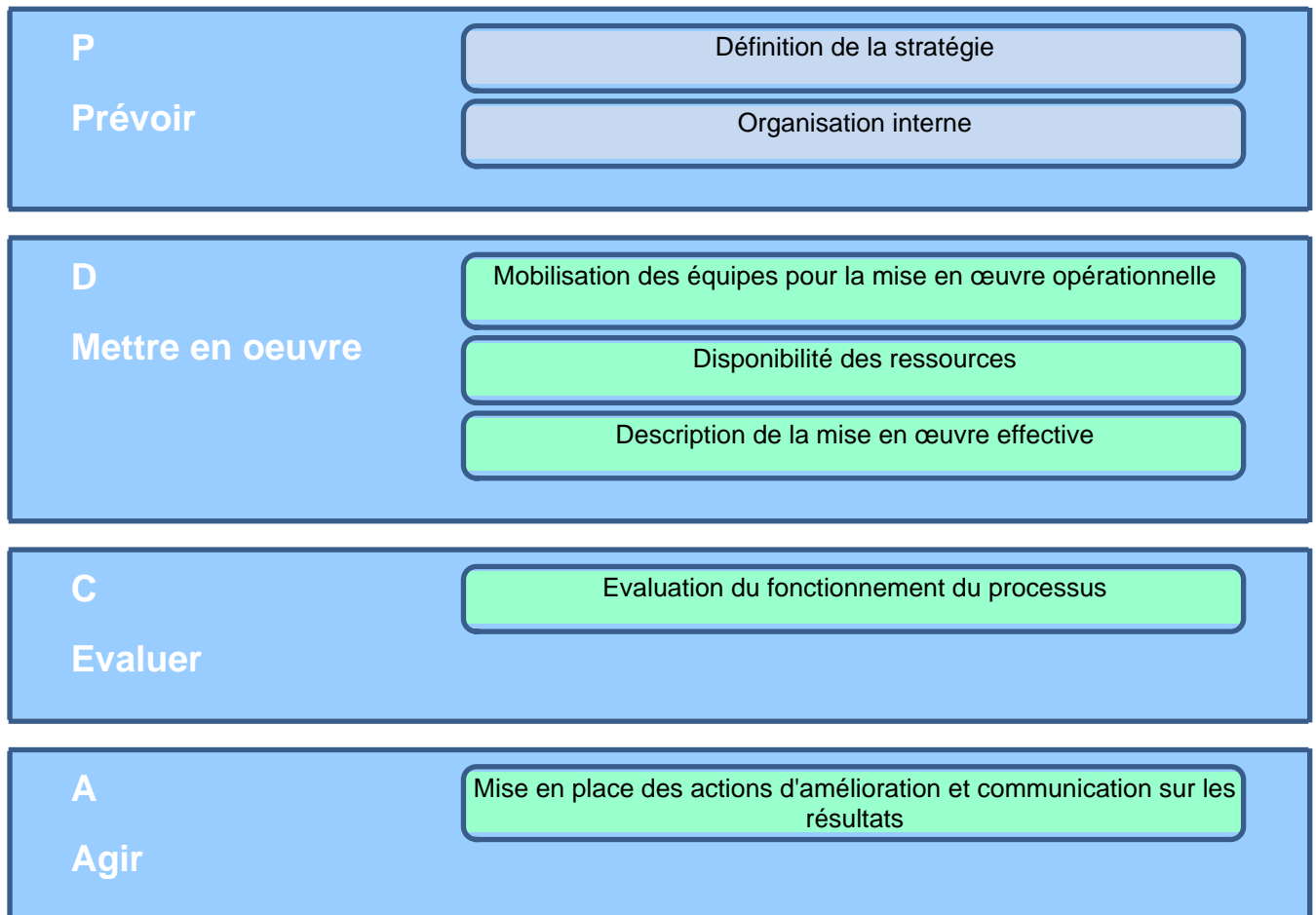
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN RADIOTHÉRAPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'identification et d'analyse des risques est définie et validée par la cellule qualité du département qui en fixe les orientations et en choisit les objectifs mesurables. Elle est formalisée dans le manuel qualité du département de radiothérapie. L'objectif est d'optimiser le service médical rendu au patient, en termes de bénéfice thérapeutique curatif ou palliatif, au sein de la pluridisciplinarité cancérologique de l'établissement. Les risques a priori sont identifiés, hiérarchisés. Le secteur a pas identifié ses processus à risques liés à l'anesthésie des enfants de 1 à 5 ans dans sa cartographie des risques. Le programme d'actions du secteur est formalisé. Il est intégré au programme d'actions institutionnel de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

La démarche qualité est formalisée et actualisée dans le manuel qualité du secteur, la cellule qualité impulse une culture qualité gestion des risques. L'organisation du secteur est formalisée dans le manuel qualité. Les rôles et responsabilités sont définis dans le manuel qualité. Les fiches de poste sont formalisées. Les règlements intérieurs de chaque instance définissent les rôles et responsabilités de ses membres. La régulation des activités permet de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient. Des formations sont organisées. Un dispositif de gestion documentaire est à disposition des professionnels. Le logiciel métier propre au département de radiothérapie permet d'assurer la coordination entre les professionnels. Les circuits et interfaces sont définis.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le secteur de radiothérapie a formalisé son programme d'action, cependant, il n'est pas intégré au PAQSS de l'établissement. Les professionnels sont sensibilisés régulièrement sur les objectifs de leur secteur, par les responsables des secteurs et par le responsable qualité, lors des différentes réunions. Ils sont sensibilisés et formés à la déclaration des événements indésirables. Des RMM, CREX sont mises en œuvre à périodicité définie, les résultats sont communiqués lors des réunions. Suite à l'analyse des événements indésirables, aux CREX et RMM, des actions d'amélioration sont identifiées. Elles sont intégrées au programme d'action par le responsable qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organigramme du secteur est formalisé, il est intégré au manuel qualité à disposition des professionnels. La liste des médecins seniors et des internes de garde est formalisée et diffusée. Des formations sont organisées dans le cadre de la démarche qualité gestion des risques. Les procédures, protocoles thérapeutiques, modes opératoires sont à disposition des professionnels dans la base documentaire de l'établissement. Les locaux et matériels sont conformes et adaptés à l'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le processus de prise en charge du patient est formalisé dans le manuel qualité. La prise en charge du patient à chaque étape de sa prise en charge est sécurisée. Le logiciel métier, les réunions des différentes instances, l'ensemble des protocoles et procédures permettent d'assurer la coordination entre professionnels. Le dispositif de pilotage du secteur de radiothérapie est en place. Il permet de garantir le respect de l'organisation du secteur, la coordination entre les professionnels, le respect des circuits, les interfaces. Les instances sont opérationnelles, elles se réunissent à périodicité définie, les PV sont tracés et à disposition des professionnels. L'ensemble du dossier patient est informatisé dans le logiciel métier, la non traçabilité d'une vérification ou action est bloquante.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est en place. Des EPP sont déclenchées par le CREX, la RMM ou la cellule qualité en fonction des besoins. L'ensemble des indicateurs sont regroupés et suivis dans un tableau de bord. Analyse des déclarations d'événements indésirables et un bilan d'activité trimestriel d'activité sont assurés.

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

Le dispositif d'amélioration continue est suivi par le qualicien à l'aide du programme d'actions. La communication des résultats est faite lors des différentes réunions organisées dans le département. Le plan d'actions de la radiothérapie est mis en réseau afin d'être accessible par l'ensemble du personnel.

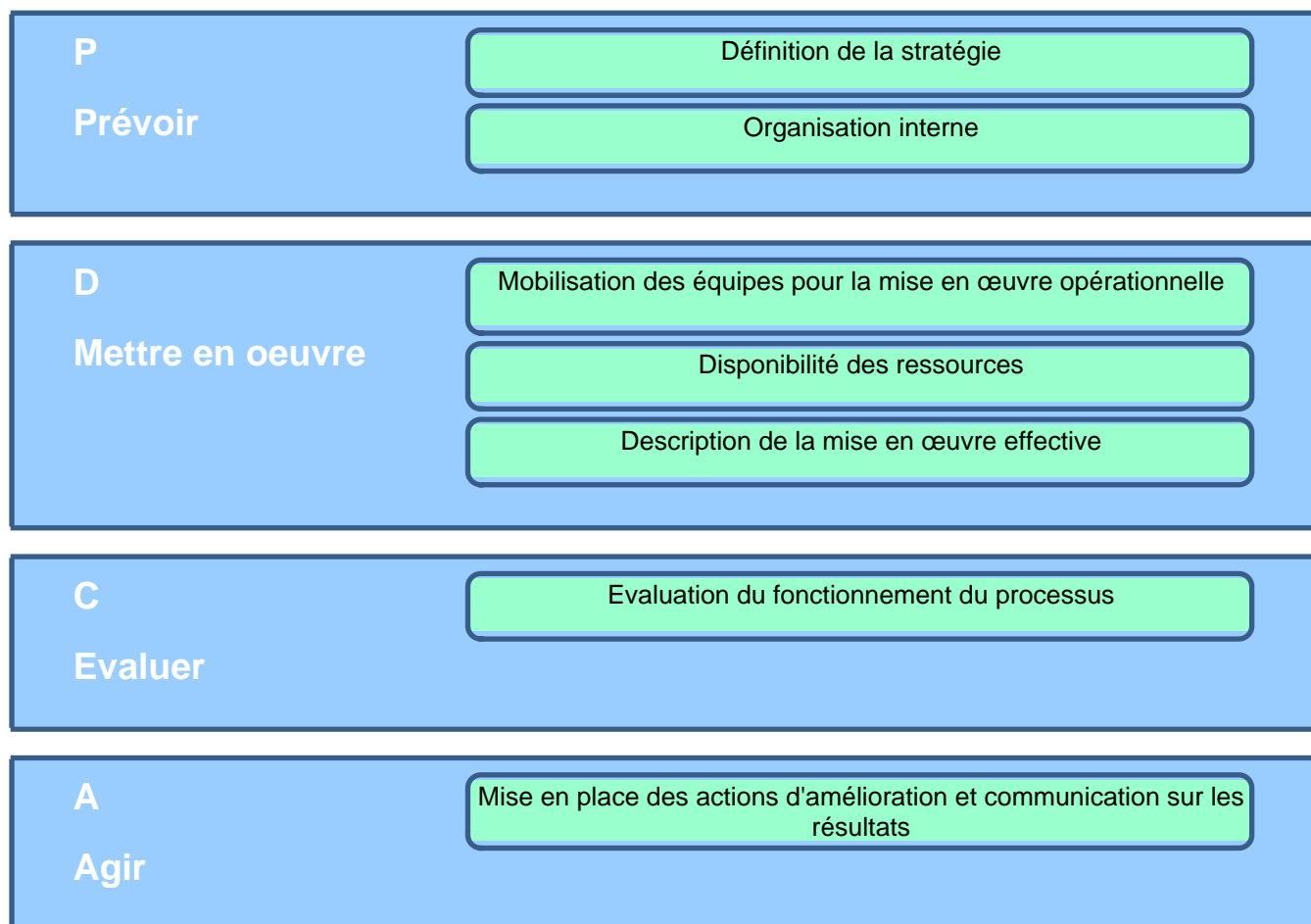
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN MÉDECINE NUCLÉAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé sa stratégie au regard de l'analyse des missions et des risques de la médecine nucléaire. Les sources des données sont le rapport de l'ASN, les risques a priori. Le service de médecine nucléaire de l'établissement est le seul en Alsace à pouvoir disposer d'une imagerie classique de médecine nucléaire, d'une imagerie TEP et de la radiothérapie en chambre protégée. La cartographie des risques a priori est formalisée, les risques sont hiérarchisés selon la méthode AMDEC. 3 risques sont identifiés dans le compte qualité, ils sont maîtrisés. Le programme institutionnel d'actions est formalisé. Les objectifs du service sont identifiés :

- Développer une culture de gestion des risques
- Assurer la qualité optimale de l'examen,
- Assurer un niveau de compétence élevé,
- Parfaire le parcours patient, personnel et source pour éviter toute surexposition aux rayonnements ionisants

La stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

Le réagencement du service à permis de repenser son pilotage, son organisation et la coordination des professionnels. Il a permis de revoir :

- la définition des circuits:parcours patient, processus imagerie, circuit source radio active.
- les fonctions support : maintenance des équipements, hygiène...

Les rôles et responsabilités sont définis, les fiches de postes sont formalisées. Des référents sont nommés: référent qualité, référent manipulateurs, référent préparateurs, référent physicien médical. Les circuits, zonage sont identifiés.

Les interfaces sont définies avec :

- les médecins de ville, les médecins d'oncologie et de radiothérapie de l'ES,
- le laboratoire,
- la pharmacie,
- le physicien médical,
- la PCR,
- les services logistiques,

-...

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le plan d'actions du secteur est formalisé, il est issu de la cartographie des risques a priori :

- promouvoir une information éclairée du patient,
- remettre les résultats des examens dans les meilleurs délais,
- entretenir une relation privilégiée avec les médecins correspondants

Les professionnels sont sensibilisés régulièrement sur les objectifs de leur secteur lors des différentes réunions du service :

- chaque semaine, une réunion de travail en équipe sur les risques a priori est organisée,
- une réunion de service a lieu une fois par mois,
- une réunion trimestrielle d'activité est organisée,

Les référents qualité du service travaillent avec le CCQR de l'ES. Un groupe de travail qualité se réunit à périodicité définie. Des EPP sont menées, exemple:

- évaluation de la conformité des demandes d'examens,
- évaluation des pratiques organisationnelles en radiothérapie métabolique

Des actions correctives sont identifiées, exemple:

- améliorer les délais d'envoi des comptes rendus d'examens,
- rendre plus lisible de planning des maintenances des appareils pour le corps médical,

Cependant, le plan d'action du secteur est intégré au PAQSS de l'ES mais il est juste initié. Sur les 13 actions prévues une seule est initiée.

Le recueil et l'analyse des EI avec retour d'expérience aux professionnelles (Un CREX est en place depuis 2011) permettant la définition et la mise en œuvre d'actions d'amélioration est partiellement réalisé. (5 évènements indésirables ont été déclarés en 2015).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

En vue d'assurer un niveau de compétence élevé des formations en internes sont organisées, par exemple

:
- des rappels sont faits sur les bases de l'imagerie en médecine nucléaire, l'utilisation des appareils par le physicien médical,
- formation à la radioprotection des préparateurs, des manipulateurs, médecins par la PCR,
- participation à des congrès
Les documents actualisés sont à dispositions des équipes, soit dans la base documentaire, soit dans un classeur en ce qui concerne la pharmacie. Les protocoles sont mis à jour dès qu'une publication suggère une possible modification des pratiques. Ils sont actualisés avec les professionnels. Les locaux sont neufs, le service a été réagencé afin de le mettre aux normes. Ils permettent de garantir la sécurité des patients: zonage des locaux, circuits, surveillance, attente... La délivrance en radio pharmaceutique est assurée par la pharmacienne dédiée au secteur, les règles de préparation des seringues sont respectées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient est organisée autour de sa protection en matière de rayonnements ionisants, de délais d'attente, de suivi médical... L'organisation du secteur est formalisée et mise œuvre. La régulation des activités est faite en lien avec le radio pharmacien, le physicien médical, le médecin de médecine nucléaire, afin de respecter la programmation et la sécurité des patients. Les circuits sont respectés: le parcours patient, le processus imagerie et traitement, le circuit des sources de radioactivité.

Les interfaces sont opérationnelles avec : le radio pharmacien, le radio physicien, la PCR, les services logistiques, de service responsable de l'élimination des déchets, le secrétariat... La sécurité des installations et du matériel est assurée et suivie par le physicien médical : contrôle qualité, plan de maintenance préventive, suivi des interventions en curatif... Les instances sont opérationnelles: staffs médicaux quotidiens, réunions de service, groupe de travail qualité. Les comptes-rendus de réunions sont tracés. La traçabilité des actes est assurée : consentement du patient, compte rendu d'examen, relevé de la température du réfrigérateur, préparation et administration des doses injectées, compte-rendu d'examen comportant la traçabilité des doses administrées... Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est en place. Des EPP sont initiées, par exemple :

- Pertinence de l'utilisation du MIBI TC99M dans l'exploration des nodules de la thyroïde,
- Évaluation des pratiques en regard de la dosimétrie opérationnelle,

-...

Un CREX a été mené en 2015, un autre est prévu en décembre. Un patient traceur a été mené. Le bilan d'activité est fait chaque trimestre.

Des indicateurs sont suivis, par exemple :

- Délais de RV,
- Délais d'envoi des compte rendus,
- Recueil de la satisfaction des patients et des médecins correspondants.

A / AGIR

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

La réalisation d'audits et le suivi d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs permettent la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Les résultats d'évaluation et les actions d'amélioration sont communiqués lors des réunions de service. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

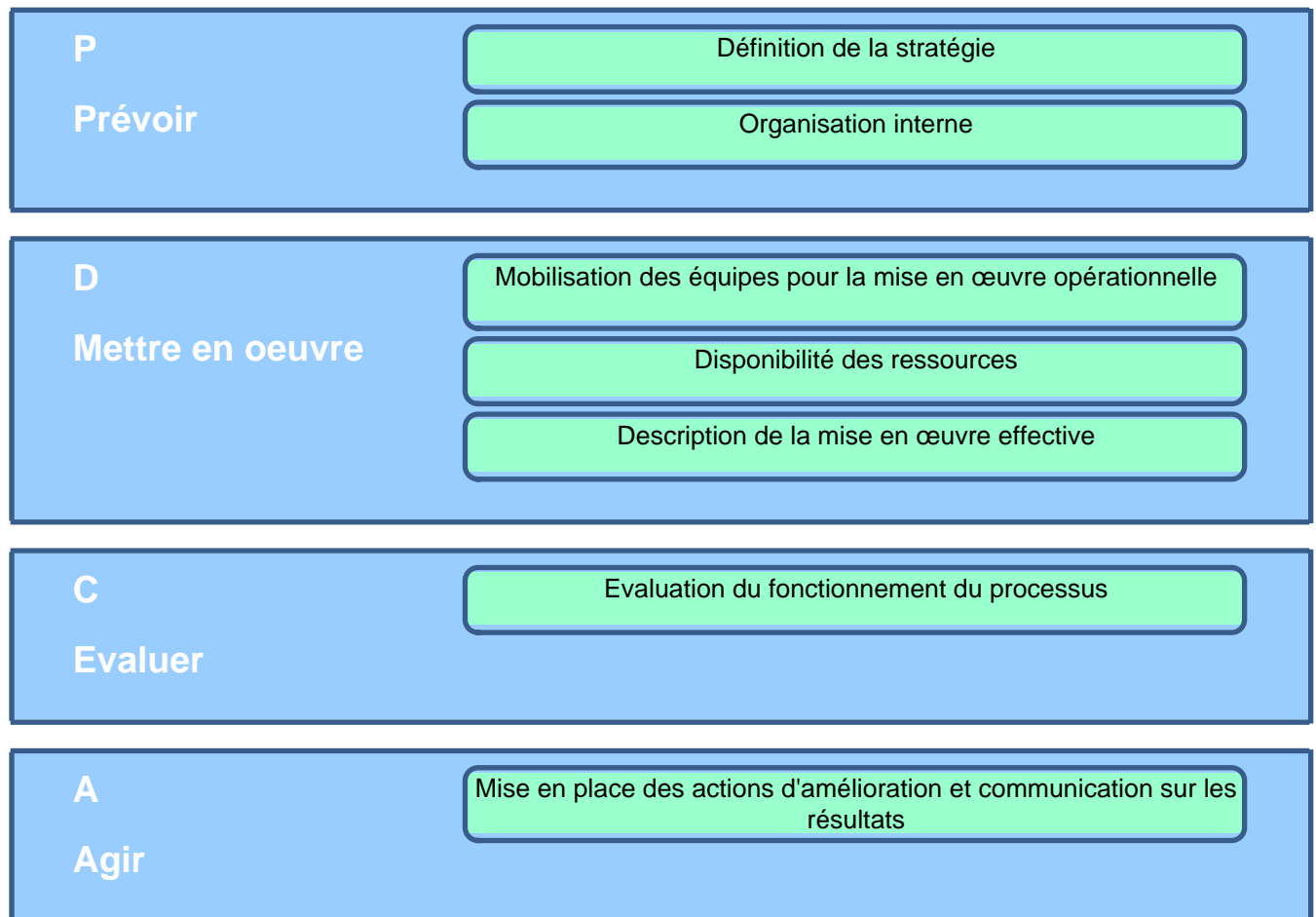
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les secteurs/spécialités réalisant des endoscopies sont identifiés : polyclinique, bloc opératoire service d'hospitalisation. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie est déclinée dans le document "maîtrise de l'activité endoscopie" réalisé au dernier trimestre 2015 par un groupe pluridisciplinaire (équipe d'endoscopie, service hygiène, service qualité). Cette stratégie est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Elle est validée par les instances et s'appuie sur les besoins propres à l'établissement. Le groupe institutionnel "commission endoscopie" crée en novembre 2015 est en charge, avec l'équipe de pilotage, du développement de la démarche qualité documentée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient, le tout en articulation avec le programme qualité sécurité des soins 2014-2015. Le secteur d'endoscopie a identifié ses processus à risques, les a analysés et hiérarchisés en s'appuyant sur les résultats de la certification, la réglementation et les échanges avec d'autres établissements.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus, la responsabilité du management de l'activité d'endoscopie est assurée par le coordonnateur médical de la polyclinique (pilote) et le cadre de santé (co-pilote). L'organisation en place (modes de fonctionnement des circuits de prise en charge programmée et en urgence) permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles, documentaires). L'organisation et les interfaces permettent l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels (EOH, laboratoire, imagerie, qualité). La communication entre professionnels est organisée y compris en cas d'urgence vitale. Le plan de formation annuel est élaboré à partir du recueil des besoins des utilisateurs et des évolutions matérielles (formation hygiène en endoscopie, utilisation des nouveaux équipements).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de l'endoscopie organise la déclinaison de la démarche de gestion de l'activité d'endoscopie en objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La mobilisation des équipes pour la mise en oeuvre est effective. Les informations régulières et la concertation organisées favorisent l'implication des équipes. Les responsables de l'activité s'assurent régulièrement de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues par les procédures et les protocoles. Lors d'actes d'endoscopie pour un patient hospitalisé au sein de l'établissement, c'est le secteur d'endoscopie qui délivre le matériel et assure la gestion de la conformité du circuit. Le système de recueil des EI est connu. Des référents plans d'actions assurent la sensibilisation des professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (réalisation d'une check-list endoscopie). Toutefois, le recueil et l'analyse des événements indésirables avec retour d'expérience aux professionnels permettant la définition et la mise en oeuvre d'actions d'amélioration est partiellement réalisé. Un seul événement indésirable a été déclaré en 2015 sur le secteur d'endoscopie.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les locaux sont situés dans des secteurs accessibles au sein de la polyclinique au RDC de l'établissement. Ils répondent aux besoins identifiés, aux exigences de circulation des patients, de marche en avant technique et des patients, de propreté, d'espace de travail, d'ergonomie. Il y a un seul site de traitement et de décontamination des endoscopes. Il existe une aide soignante dédiée à la prise en charge de l'activité de décontamination des endoscopes. Ces agents sont formés (formation hygiène en endoscopie en externe), accompagnés par le service d'hygiène. Les actes sont traçés dans le dossier du patient (acte, matériel, intervenant...). La maintenance préventive et curative est organisée, planifiée, tracée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en oeuvre des actions pour se conformer à la réglementation. Durant la visite, la check-list "endoscopie" était systématiquement présente et remplie. Les pratiques professionnelles s'appuient sur les procédures en vigueur relatives au risque ATNC pour tous les patients (traçabilité). Les

experts ont constaté le respect de ces pratiques lors de la réalisation d'un acte endoscopique. Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont définis et respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée et facilite le rappel des patients en cas d'incident majeur. La traçabilité des actes concerne également ceux réalisés dans les services d'hospitalisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sont assurés régulièrement par le responsable de la polyclinique en collaboration avec le cadre de santé, l'infirmière hygiéniste, la responsable qualité. Les données quantitatives d'activité sont recueillies auprès du DIM tous les mois (380 endoscopies en 2015). Des indicateurs sont identifiés "taux de conformité du dépistage du risque ATNC" (100%), "taux de conformité du traitement des endoscopes" (100%).

A / AGIR

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

Le suivi des actions suite aux EPP conduit à la mise en œuvre de mesures complémentaires. Les actions et évaluations sont construites avec les professionnels concernés par l'activité mais également avec la responsable qualité (modification de la fiche diagnostic ESC, gaine à usage unique des nasofibrosopes).