



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
PRINCESSE GRACE**

**1, avenue Pasteur
Bp 489**

Juin 2015

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
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
DECISIONS DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR	27
PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE	31
DOSSIER PATIENT	35
IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	41
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	50
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	54
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	57

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction à 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.
Source	Audit de processus ou patient-traceur.

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

CENTRE HOSPITALIER PRINCESSE GRACE	
Adresse	1, avenue pasteur null null
Département / région	NON APPLICABLE
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	980000001	CENTRE HOSPITALIER PRINCESSE GRACE	1, avenue pasteur Bp 489
Etablissement de santé	980000000	CENTRE HOSPITALIER PRINCESSE GRACE	1, avenue pasteur Bp 489

Activités						
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse	Nombre de places d'HAD
MCO	Gyneco-Obstétrique	20	/	/	/	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	57	2	/	/	/
SLD	SLD	135	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	128	/	8	/	/
SSR	SSR	45	/	/	/	/
MCO	Chirurgie esthétique	/	/	/	/	/
MCO	Médecine	196	18	/	2034	/
HAD	HAD	/	/	/	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	
Regroupement / Fusion	
Arrêt et fermeture d'activité	
Création d'activités nouvelles ou reconversions	

DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

1. Décision de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé décide :

- la certification de l'établissement (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	/	/	Urgence > PTI > Cardio	Complexe	MCO
2	Adulte	/	/	Urgence > Chirurgie digestive	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
3	Adulte	/	/	Endoscopie/Coloscopie	Simple	MCO
4	Femme/enfant	/	Accouchement par voie basse / Salle de naissance	Programmée	Simple	MCO
5	Personne âgée	SSR - Gériatrie	/	Programmée	Simple	SSR
6	Personne âgée	SLD - Gériatrie	Alzheimer	Programmée	Simple	SLD
7	Adulte	HC	/	Programmée	Simple	Santé mentale
8	Adulte	Soins palliatifs	/	Médecine / Onco > Soins Palliatifs	Simple	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

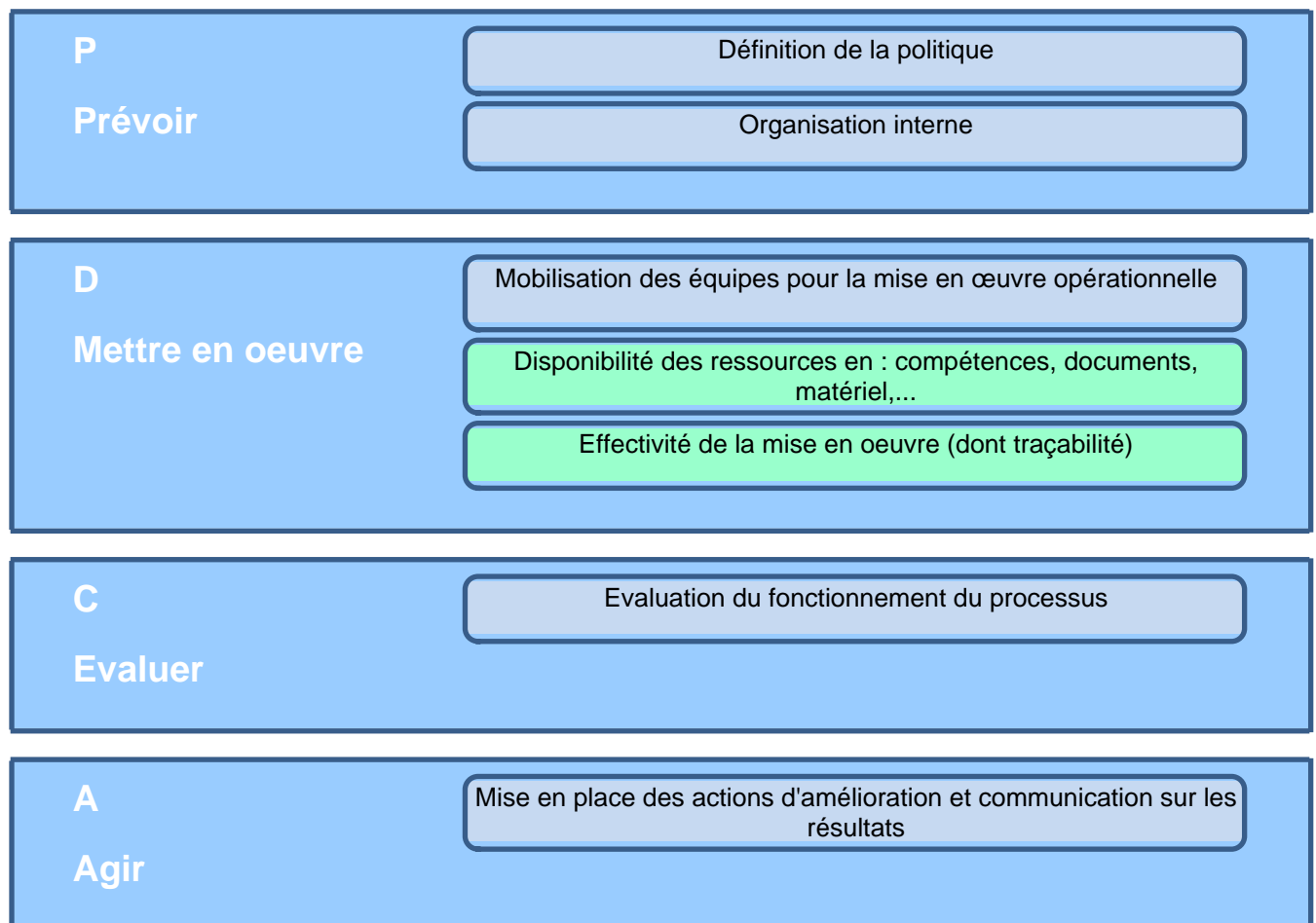
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique

La politique d'amélioration continue de la Qualité et de la Gestion des risques du Centre hospitalier Princesse Grace (CHPG) a été actualisée en fonction d'une évaluation structurée des risques. Elle prend en compte les orientations stratégiques de la politique de santé à Monaco et une analyse des risques de l'établissement et de chaque secteur d'activité à risque. Cette politique a été validée en COPIL le 23 septembre 2014 et en Conseil d'Administration le 16 octobre 2014. La politique, portée par le management, a permis de mobiliser l'ensemble des professionnels dans l'élaboration du compte-qualité. Celui-ci identifie pour chaque thématique, le pilote, le plan d'action, les modalités de suivi, les échéances. Il prend en compte les éléments liés à la réglementation, les résultats des évaluations, des analyses de processus (chemin clinique, patient traceur), des plaintes, des évènements indésirables et de l'évaluation de la satisfaction. Il est réalisé avec la participation des professionnels de terrain et l'implication des usagers sur certaines thématiques liées aux droits des patients notamment.

Un programme d'amélioration est formalisé et priorisé dans le compte qualité. Il intègre la gestion de crise, la démarche d'évaluation des pratiques professionnelles qui est un des outils de l'amélioration de la qualité des secteurs d'activité et les mesures de traitement de risques. Les objectifs d'amélioration sont déclinés au niveau institutionnel.

Organisation interne

Le comité de Pilotage Qualité-Gestion des Risques (COPIL) est l'organe stratégique et décisionnel de la démarche. La direction a mis en place un dispositif composé : d'une structure opérationnelle, la Direction Qualité et Gestion des Risques (DGVR), d'instances et comités (CMAPP, CLAN, CLI, CUV, CIV), des groupes de travail sur chaque thématique et des référents qualité dans chaque service. Les référents qualité, nommés dans chaque secteur, reçoivent une fiche annuelle de missions. Un règlement intérieur régit la composition, le fonctionnement et les missions de la commission d'évaluation des pratiques professionnelles. La commission EPP valide et suit les EPP présentées par chaque secteur. Les interfaces permettent l'articulation des missions. Les procédures et protocoles relatifs à la gestion des risques sont formalisés (Coordination de la gestion des risques, Vigilances et gestion des risques liés aux soins, signalement des évènements indésirables, gestion des plaintes et contentieux, Organisation du CREX radiothérapie, hiérarchisation des risques, etc.). Les plans d'urgence gèrent les situations de crise. Un système de veille réglementaire centré sur le suivi de la législation monégasque et la gestion des recommandations des sociétés savantes est organisé. Un nouveau système de gestion documentaire a été alimenté des procédures, protocoles, fiches techniques et mis en place en début d'année 2015. Des informations et un dispositif de formations institutionnalisées (référents qualité, gestion des risques) complètent ce dispositif. La gestion des risques a priori s'appuie sur la cartographie des risques des secteurs à risque. La gestion des risques a posteriori s'appuie sur le dispositif des évènements indésirables mis en place en 2005, le dispositif réglementaire des vigilances sanitaires et les dispositifs spécifiques tels que la CREX, les RMM, les relevés de non conformités et le recueil d'incidents et les signalements. La participation de la commission de Médiation et d'Amélioration de la Prise en charge du Patient (CMAPP) est sollicitée dans le cadre des droits des patients et de la Bienveillance en adéquation avec la réglementation Monégasque.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle

La mise en œuvre opérationnelle est réalisée par la coordination de la gestion des risques et des vigilances sanitaires (CGRVS). Les objectifs d'amélioration sont déclinés au niveau des secteurs d'activité. La DGVR accompagne les équipes et assure un soutien méthodologique à la mise en œuvre d'outils d'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et de l'amélioration des pratiques. Des pilotes ont été désignés sur chaque thématique pour élaborer les comptes-qualité et suivre le plan d'action. Les responsables de secteurs managent, avec les cadres supérieurs de santé, toutes les démarches qui sont mises en œuvre dans leur secteur. Les équipes pluridisciplinaires sont parties prenantes dans chaque démarche. Les professionnels de terrain des secteurs d'activité se sont appropriés la démarche d'évaluation des risques à travers les chemins cliniques, les évaluations, les données d'attente des patients, les EPP, les patients traceurs, des enquêtes à un jour donné. Les responsables de secteurs managent avec les cadres supérieurs de santé toutes les démarches qui sont mises en œuvre dans leur secteur. Les équipes pluridisciplinaires sont parties prenantes dans chaque démarche. La dynamique d'évaluation est portée par la plupart des chefs de service, les cadres supérieurs de santé et les cadres de proximité. Les services mènent leur propre évaluation ; ces évaluations sont recensées au niveau de la DQGR.

Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...

Les personnels en charge de la qualité et de la gestion des risques sont spécialisés dans ce domaine (Master Gestion juridique des risques, Master Gestion des risques en établissement de santé) et formés aux outils en place. Des actions de formations sont institutionnalisés au profit des professionnels de terrain. Une gestion documentaire récemment installée met à disposition des professionnels la documentation utile. Un outil de déclarations des événements indésirables et vigilances sanitaires est en place, ainsi qu'une application dédiée à la gestion informatisée des satisfactions et insatisfactions.

Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)

Les professionnels mènent en œuvre les organisations prévues (déclaration des EI, analyse, exploitation, EPP, implication dans l'élaboration du compte-qualité, etc.). Des groupes multi professionnels travaillent sur des EPP institutionnelles (tenue du dossier de soins), des EPP de pôle (pose des bracelets) ou de service (identification des nouveaux nés, tri des déchets, consultation d'annonce). Les groupes se réunissent périodiquement (le jeudi matin par exemple en HDJ) et ces séances sont tracées. La Commission de Médiation et d'Amélioration de la Prise en charge du Patient (CMAPP) est sollicitée dans le cadre des droits des patients et de la Bien-être en adéquation avec la réglementation Monégasque. Toutefois, la maîtrise du nouvel outil de gestion document n'est pas acquise par l'ensemble des professionnels.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

La DGQR recueille et coordonne l'ensemble des données du dispositif mis en œuvre (FSEI, EPP, CREX, RMM, vigilances sanitaires, satisfaction clients, etc.). Ces données sont analysées périodiquement par la Coordination de la gestion des risques et des vigilances sanitaires (CRRVS). L'évaluation permet d'identifier des actions correctives.

A / Agir

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

A l'issue de toute analyse réalisée par la DGQR, les résultats sont transmis immédiatement aux professionnels par message. Les services disposent d'un dispositif d'information des équipes (exemple, la Gazette en oncologie). Par ailleurs, les résultats sont communiqués aux professionnels et aux différentes instances concernées. Le compte-qualité est mis à jour périodiquement en fonction des actions mises en place sur les risques identifiés. L'ajustement des ressources intervient en fonction des résultats des évaluations (changement d'un capuchon de transfert après l'analyse de déclarations de matériovigilance, changement de la gestion documentaire, etc.). L'évaluation des pratiques professionnelles valorise le travail d'équipe et la mise en place d'actions est un succès pour l'ensemble de l'équipe. La communication du plan d'action et des actions réalisées sont périodiques.

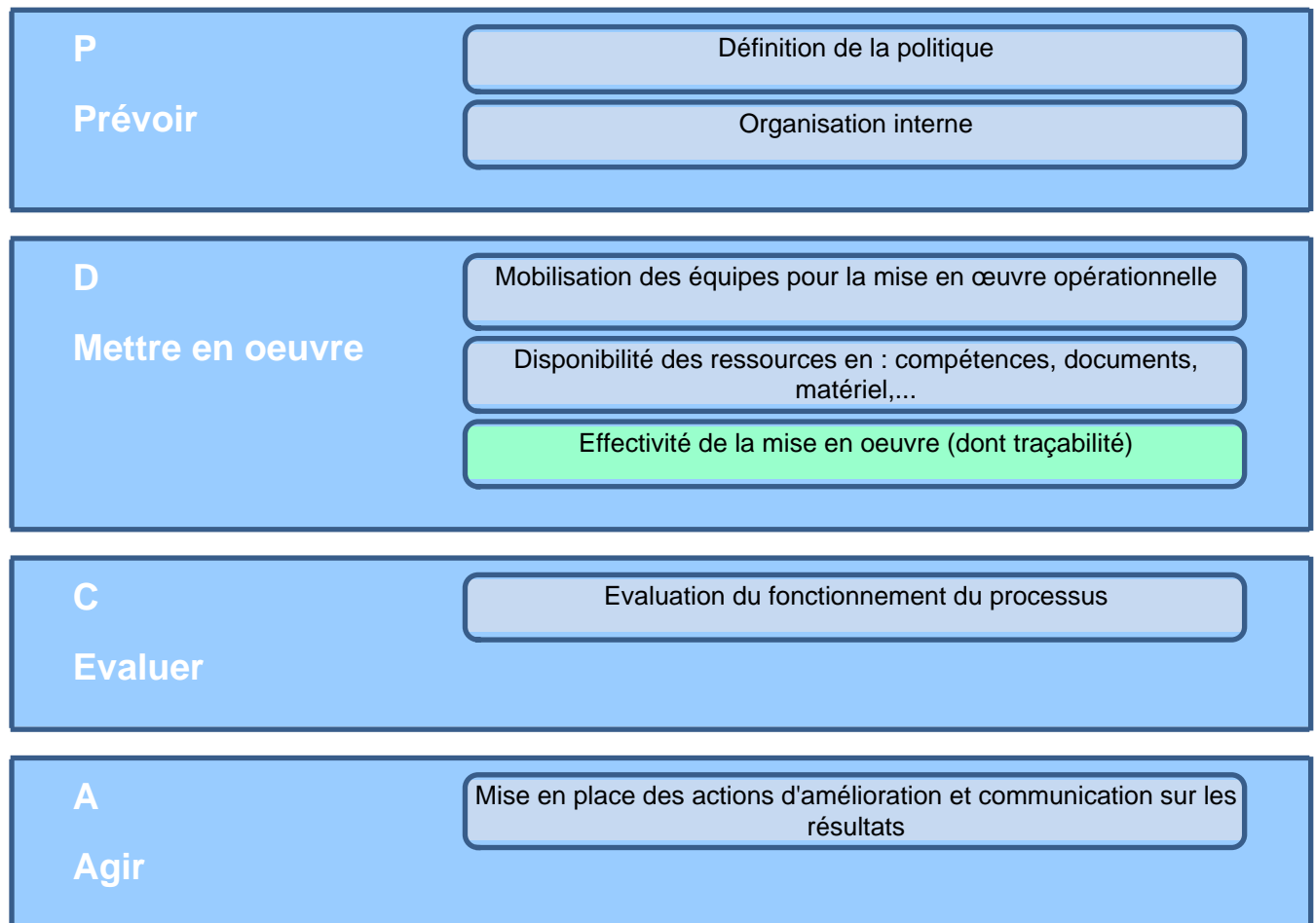
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
Il existe une politique, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques. La stratégie de prévention du risque infectieux est adaptée au contexte de l'établissement et s'appuie sur les recommandations nationales françaises. La cartographie des risques a été élaborée sur la base des problématiques spécifiques à l'établissement et fait état des niveaux de maîtrise idoines pour les réduire, ce qui oriente la hiérarchisation du plan d'action. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement. Le plan d'actions pour 2015 accorde une attention toute particulière aux surveillances institutionnelles (ISO, Réanimation) et environnementale, aux évaluations et audits et à la production d'indicateurs, à la veille documentaire et à la formation initiale et continue des professionnels. Ce plan s'inscrit dans le programme global qualité/gestion des risques de l'établissement.
Organisation interne
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. La politique du médicament est relayée par le Comité d'antibiothérapie qui élabore les protocoles institutionnels et encadrée par un contrat de bon usage. Le groupe de travail, responsable de l'élaboration de la politique, travaille en collaboration étroite avec la direction de l'établissement et la CME. Il est pluri professionnel et composé du CLI, du service d'épidémiologie et de l'équipe d'hygiène hospitalière, de représentants de la pharmacie, du laboratoire et des ressources matérielles. Les professionnels experts et référents et correspondants sont identifiés dans tous les services ; leurs missions sont définies dans des fiches de poste spécifiques : formation, évaluation, participation aux réunions, retour d'information aux équipes... et des objectifs leur sont assignés. Les interfaces permettent l'articulation des missions et des compétences. La formation des référents et la formation au bon usage des antibiotiques est organisée y compris pour les internes. Le calendrier annuel propose plusieurs programmes de formation, y compris pour les équipes de nuit ; outre la formation récurrente (offerte aux IDE depuis 2000), des thématiques choisies en fonction de l'actualité du CHPG (exemple : problématique des Picc line, sondage urinaire) sont développées. La veille documentaire est assurée La coordination entre les différents secteurs d'activité et les partenaires (pharmacie, logistique, service hôtelier, cahier des charges de la sous-traitance) est effective.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
Compte tenu des besoins recensés par secteur et des risques identifiés via les diagnostics hygiène réalisés depuis 2012, la démarche institutionnelle est déclinée dans les services par les chefs de service et accompagnée par les cadres. Le processus est encadré par de nombreux professionnels, dont deux médecins infectiologues (qui participent au réseau PACA et aux travaux du C.CLIN Sud-Est pour la consommation des antibiotiques) et la mobilisation des experts et des cadres qui accompagnent sur le terrain la déclinaison des plans d'action après avoir reçu eux-mêmes une formation spécifique. Les professionnels sont impliqués par leurs référents et par des campagnes d'affichage (campagne de vaccination, hygiène des mains, précautions standard, signalement des AERV...), ainsi que par la lettre "antibio info" informant sur l'actualité et rappelant les bonnes pratiques. Tous les spécialistes chirurgicaux sont sensibilisés en continu. Au sein des services, des staffs quotidiens favorisent la diffusion des informations. En cas de doute ou de questionnement (protocole, pratique), l'accès aux experts est facilité. Le service hôtelier qui assure l'entretien des locaux et des espaces de circulation participe à l'élaboration des protocoles d'hygiène correspondants, et les secteurs à risque sont sous la responsabilité immédiate de la direction des soins. Les professionnels connaissent et utilisent la fiche d'évènement indésirable ; il existe un modèle spécifique pour les médicaments. Les évènements indésirables et les analyses de dysfonctionnement font l'objet d'enquêtes approfondies et d'un retour d'information aux équipes. Depuis 2012, une cellule d'Appui des Pratiques Professionnelles (APP) accompagne les professionnels et un personnel récemment recruté est attaché à la surveillance en continu et à l'élaboration des audits de pratiques. La conformité des pratiques est évaluée. En SSR/SLD, des enquêtes "un jour donné" sont diligentées par le chef de service : contention, escarres, pertinence des isollements, du sondage urinaire.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Tous les professionnels sont formés à la prévention du risque infectieux : médecins, internes, paramédicaux et agents du service hôtelier. Les professionnels sont formés aux principes de l'hygiène dès leur arrivée et tutorés. Sur site, il existe une liste de 5 antibiotiques à dispensation contrôlée et l'aide

à la prescription est assurée par les médecins infectiologues et des médecins titulaires d'un DU d'antibiologie. L'entretien des locaux est sous la responsabilité conjointe du service hôtelier et des cadres des services. Des personnels équipés de DECT sont dédiés à la livraison du linge et à la gestion des déchets : deux rotations minimum sont assurées quotidiennement et aussi souvent que nécessaire sur appel des services et les besoins évalués par service sont satisfaits. En cas d'isolement, tous les matériels sont disponibles et le secteur dédié accueille les patients porteurs de BHRé. Toutes les ressources sont disponibles, et de nombreux protocoles sécurisent le processus, tant en termes d'hygiène que pour l'antibiothérapie et l'antibioprophylaxie. Ces protocoles sont tous validés par le CLI et ont fait l'objet d'une relecture par les cadres. Les professionnels ont accès à l'outil informatique recelant toutes les bases de données actualisées utiles y compris les supports des formations et des guides spécifiques (urologie, gynécologie, urgences...). Tous les produits utilisés (le choix de produits écologiques prévaut) sont assortis d'une fiche technique. Toutes les ressources sont disponibles pour assurer l'hygiène des locaux ; le stockage intermédiaire des déchets est sécurisé et distinct de celui du linge, les sacs de couleurs différentes sont identifiés par service. Des secteurs sont réservés aux patients porteurs de BHRé. Les matériels de soin sont tous sécurisés pour prévenir les AERV. L'informatisation se développe dans tous les secteurs : réanimation, surveillance informatisée de l'entretien des chambres, liaison avec le laboratoire. Les procédures relatives à l'hygiène et à la bonne utilisation des antibiotiques sont disponibles sur le réseau interne, et accessibles par l'ensemble des professionnels qui disposent des outils de mise en œuvre nécessaires en quantité et en qualité.

Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)

Les professionnels concernés mettent en oeuvre les organisations prévues. L'outil informatique permet la transmission des informations utiles : résultats de biologie, outils d'aide à la prescription, analyse pharmaceutique, zones de dialogue. La réévaluation de l'antibiothérapie fait l'objet d'une alerte ; si cette alerte est déclenchée un dimanche, c'est le médecin d'astreinte du service ou le médecin de garde du CHPG qui révisé la prescription. S'il s'agit d'un antibiotique à prescription contrôlée, les professionnels font appel à l'un des cinq prescripteurs autorisés dont la liste est affichée. L'efficacité de toute antibiothérapie documentée est vérifiée. Les traitements sont expliqués au patient et en cas d'effet secondaire, des informations sont apportées et tracées dans son dossier. En termes d'hygiène, les patients sont éduqués et une friction de SHA leur est systématiquement proposée avant chaque repas. Les patients porteurs de bactéries résistantes sont repérés et systématiquement isolés lors d'un séjour ultérieur. L'entretien des locaux fait l'objet d'un tableau de bord suivi par le service hôtelier. Les points critiques (eau, bactériémies) sont sous surveillance. Le réseau d'eau a été cartographié et la prévention du risque légionnelle est une cible prévalente. La traçabilité des purges est assurée. La traçabilité des contrôles environnementaux, des actions de réduction et de prévention, de la prescription-dispensation-réévaluation et administration des antibiotiques est effective.

Les travaux sont intégrés dans le processus de surveillance via un planning mensuel "bio-chantier", le retour d'information est assuré par le directeur adjoint des ressources matérielles et des prélèvements environnementaux sont systématiquement effectués à l'issue des travaux.

Les gouvernants procèdent régulièrement à un "check in" de l'état des chambres. Des mesures ont été appliquées pour sécuriser les circuits du linge et des déchets.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

Le processus est régulièrement évalué à périodicité définie sur la base de nombreux indicateurs nationaux : ICALIN, ICSHA2, ICALISO, ICATB2, ICABMR, SARM, et issus des audits internes. Des audits spécifiques permettent de suivre l'application des recommandations sur le tri des déchets, les précautions standard et complémentaires d'hygiène, l'entretien des chariots, la tenue professionnelle, la préparation cutanée, les bonnes pratiques en endoscopie... et des études épidémiologiques valident le dispositif de prévention des bactériémies sur cathéter central. La surveillance des ISO, complètement informatisée, est réalisée en continu avec un retour aux chirurgiens et aux équipes sous forme agrégée. Les enquêtes de prévalence annuelles montrent une décroissance régulière du taux des infections au CHPG et la surveillance des infections associées aux soins en réanimation vient d'être informatisée à son tour. Des RMM "antibiothérapie" ont été instaurées en réanimation. Le suivi des consommations d'antibiotiques est assuré. Le CLI et le service épidémiologie et hygiène hospitalière (SE2H) se réunissent à périodicité régulière pour définir les stratégies et réagir aux différentes alertes (Coronavirus, Ebola, BHRé...). La communication entre la direction des ressources matérielles, le service hôtelier et les services est constante. Les évaluations permettent d'identifier des actions correctives.

A / Agir

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

Les actions d'amélioration sont identifiées et font l'objet de plans pérennes. Elles portent entre autre sur les pratiques soignantes : améliorer la gestion des excréta, la manipulation des lignes et des pansements des voies veineuse périphériques et centrales, la prévention d la transmission croisée et la prévention des AERV via le contrôle du port des équipements de protection individuelle. Les actions d'amélioration portent aussi sur l'optimisation de l'utilisation des antibiotiques : élargissement de la liste des antibiotiques à dispensation contrôlée, informatisation de la consommation, et sur le projet d'effectuer un rendu immédiat de la surveillance des ISO au delà du rendu exhaustif mensuel déjà réalisé. Elle portent enfin sur les contingences environnementales : surveillance de l'air, des surfaces et maintenance du réseau d'eau. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. La communication des résultats est réalisée. Les bilans d'activité annuels sont présentés aux instances, le bilan de consommation des antibiotiques est présenté en CLI, le livret d'accueil du patient mentionne l'engagement de l'établissement dans la lutte contre les infections nosocomiales. Dans le cadre du résOPACA, il existe des réunions annuelles de formation, des échanges et la mise en place de protocoles autour des prises en charge communes et des soirées d'infectiologie autour de cas cliniques.

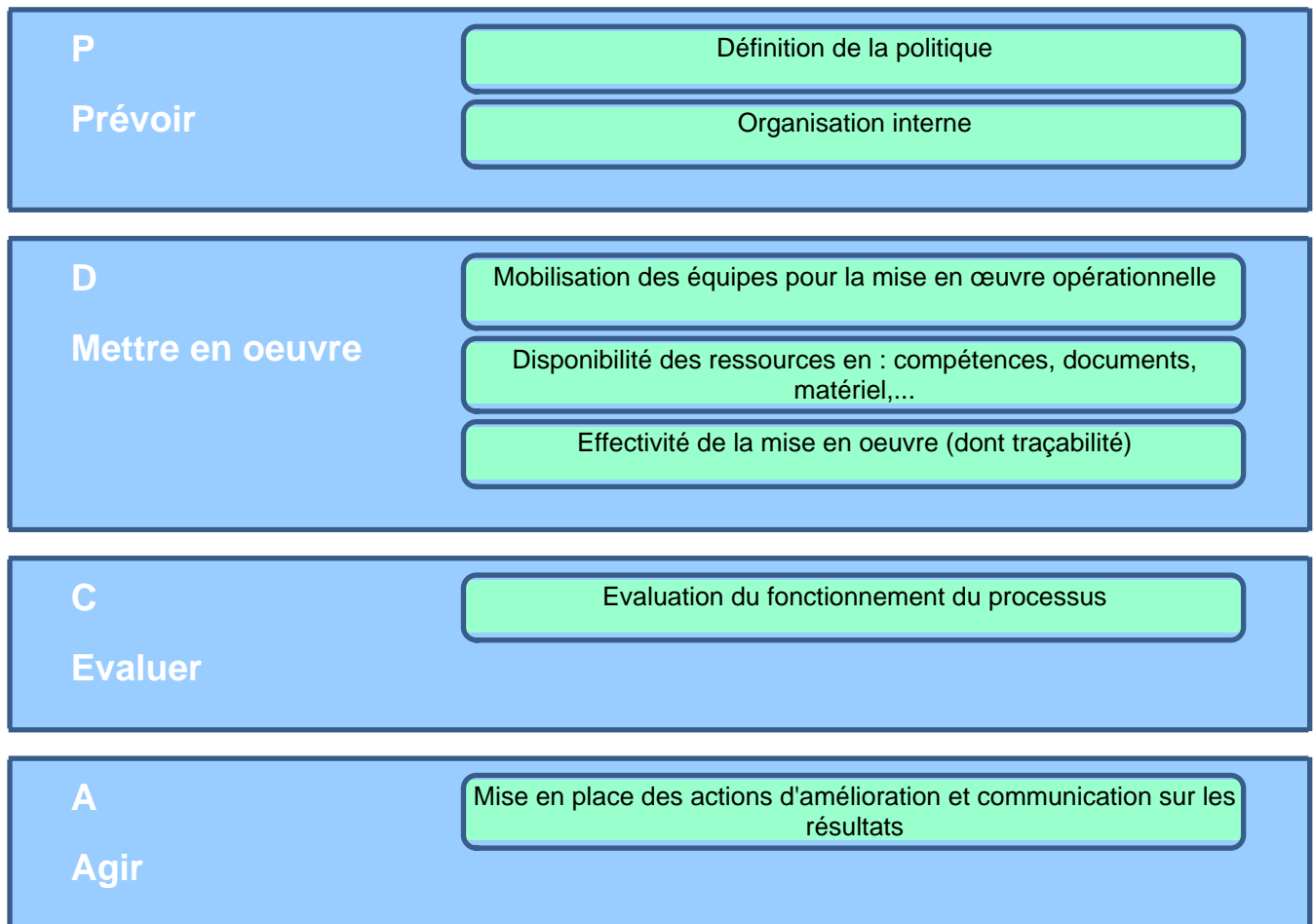
DROITS DES PATIENTS

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



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
Les orientations de la politique du respect des droits du patient du Centre hospitalier Princesse Grace sont identifiées au regard des orientations stratégiques de la politique de santé à Monaco et plus particulièrement du code de déontologie médicale qui a valeur de loi sur la Principauté. Elles prennent en compte l'organisation et les modalités générales de fonctionnement du CHPG, du règlement intérieur, du projet d'établissement, du projet de soin et du projet médical. Le CHPG a identifié ses besoins et réalisé une analyse de risque à travers des enquêtes de satisfaction, des enquêtes de diagnostic « intimité », des EPP, une étude de chemins cliniques et un travail sur le droit des patients. La politique qui en découle, validée par les principales instances associées au déploiement de la qualité et la sécurité des soins, notamment le Conseil d'administration et la Commission Médicale d'Etablissement est déclinée en un programme d'amélioration dans le compte qualité et priorisée.
Organisation interne
Un groupe des droits des patients, mis en place en 2004 et composé de sous-groupes de travail (Éthique, Bienveillance, Information et consentement, Accueil, Confidentialité, dignité et intimité, Hospitalisation sans consentement, Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté), est chargé de mettre en œuvre la politique de bienveillance, la promotion et la mise en œuvre des droits des patients avec l'aide méthodologique de la coordination de la gestion des risques et des vigilances sanitaires (CGRVS). Une commission de médiation et d'Amélioration de la prise en charge du patient (CMAPP) dont les rôles sont identifiés a été mise en place dans le cadre de la participation des usagers. Cette commission participe à l'amélioration de la politique droits des patients en donnant son avis sur des actions à mettre en place dans le cadre de l'information des patients (livrets d'accueil, chartes, documents d'informations remis aux patients par exemple). Les interfaces sont organisées formellement. Les besoins en formation sont identifiés. L'établissement a institutionnalisé la formation à la bienveillance qui est intégrée dans son plan de formation et dans le stage d'intégration des nouveaux personnels. Des procédures d'accueil personnalisé et de soutien de l'entourage des patients ont été élaborées pour les situations qui le nécessitent, comme par exemple la prise en charge des personnes handicapées ou l'accueil des enfants et de leur entourage.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
Des actions visant à la prévention de la maltraitance et la promotion de la bienveillance sont mises en œuvre dans les secteurs d'activité et se concrétisent entre autre par la réalisation d'EPP sur la bienveillance, l'élaboration de protocoles. La mise en place d'outils communs comme la gestion documentaire, la formation institutionnelle, la présence de référents et la transversalité des sous groupes de travail facilite la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Les responsables des secteurs d'activités sensibilisent régulièrement les professionnels sur les risques identifiés et informent les professionnels des résultats des évaluations au cours des staffs des services. Des responsables de secteurs d'activités réalisent des évaluations pour s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, des quicks audit sont réalisés pour s'assurer de la connaissance des procédures par les professionnels. Les actions correctives sont mises en oeuvre lors de la baisse des résultats.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Le groupe de travail et les professionnels formés sont identifiés. Des personnels possèdent des DU d'éthique, des formations en droit du patient sont organisées pour les secrétariats médicaux. Les procédures sont accessibles sur chaque poste de travail à partir de l'outil de gestion documentaire (procédure de non divulgation de présence, procédure d'accueil des détenus, procédure de bonnes pratiques de la confidentialité...). Les ressources matérielles sont disponibles.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et management internes. Les protocoles sur le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène, sont connus et mis en œuvre. L'organisation et les pratiques, comme par exemple la mise en place de ligne de confidentialité, ou la séparation de salles d'attente, permettent le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients. Toutefois, la configuration de certaines parties de locaux (salles d'attentes en Psychiatrie notamment) ne permet pas de mettre en œuvre les mesures nécessaires de respect de la confidentialité. A la suite des réflexions menées sur l'information et le

consentement, des bonnes pratiques ont été mises en œuvre pour les favoriser. Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent de respecter les libertés individuelles comme dans l'unité de long séjour où la prise en charge du patient se prépare avec la mise en place d'un fichier « histoire de vie » élaboré avec le patient et sa famille. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité est assurée.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

Le Centre hospitalier Princesse Grace (CHPG) réalise des évaluations périodiques du respect des droits des patients et de la satisfaction du patient et de son entourage : IQSS, EPP, plaintes, enquêtes de satisfaction, FSEI. Le dispositif d'évaluation du CHPG et de suivi est réalisé à travers des audits et des EPP institutionnelles et par des évaluations organisées dans les secteurs d'activités. (EPP, Chemin clinique, évaluation un jour donné).

A / Agir

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le compte qualité de l'établissement. Un suivi est réalisé et une communication des résultats (bilan des résultats "enquête de satisfaction") est diffusé auprès des professionnels et auprès des instances dont la commission de médiation et d'Amélioration de la prise en charge du patient (CMAPP). Ces résultats sont attendus par les professionnels des services.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

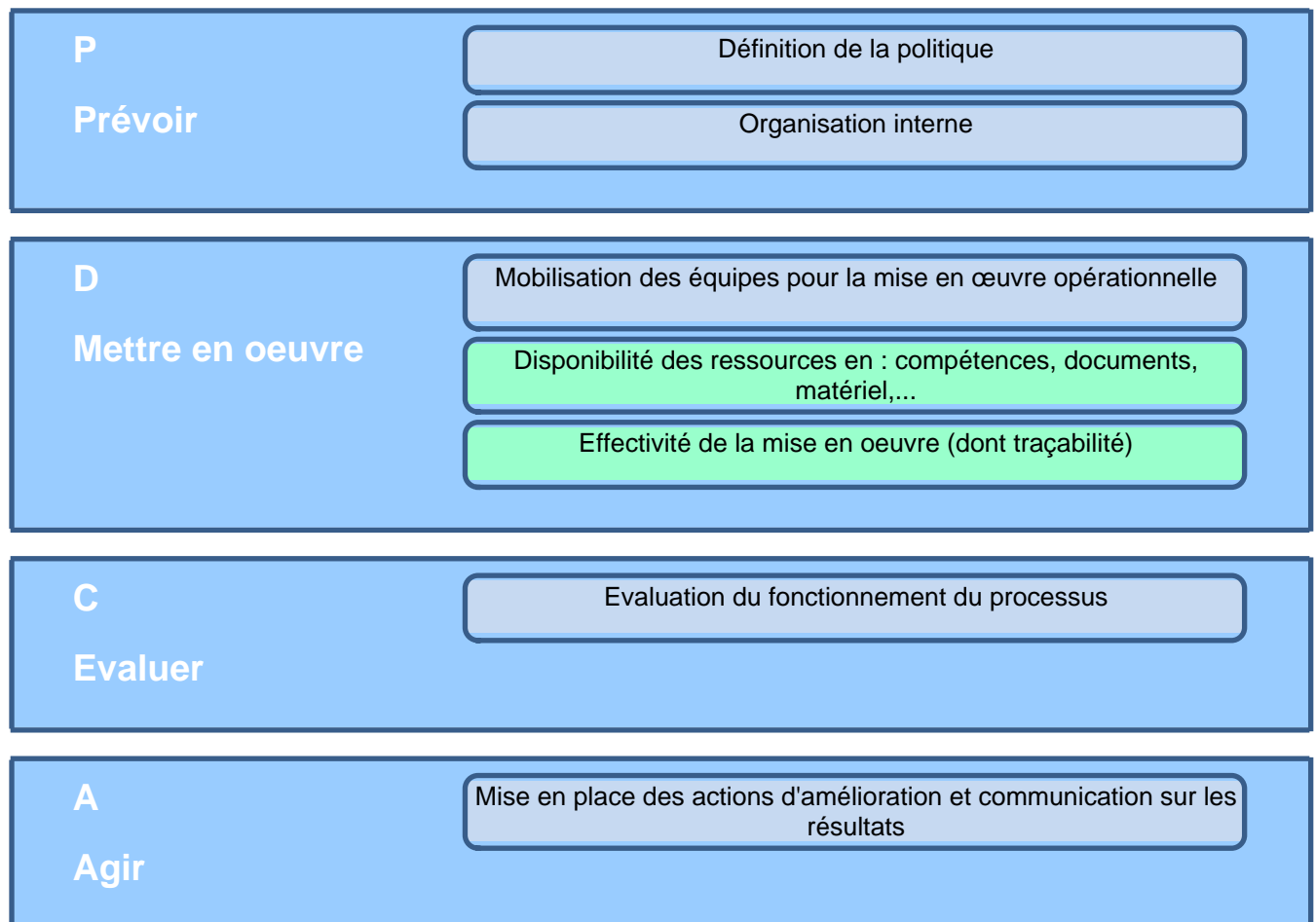
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

La politique d'accueil de l'établissement est intégrée dans son projet d'établissement, actualisé en 2012, et annexée au protocole des principes généraux "Droits des patients". Le projet d'établissement répond aux besoins de la population et propose une offre de soins complète, toutes filières confondues, ainsi qu'un accueil des urgences adultes et pédiatriques. Le processus "parcours du patient" institutionnel a été structuré en fonction de l'évaluation structurée des risques et constitue une part importante des projets de soins et médicaux des services pour la période 2010-2020. La cartographie des risques à toutes les étapes du parcours s'appuie sur une analyse a priori et sur l'exploitation des événements indésirables/plaintes. Les hauts niveaux de maîtrise associés à une criticité faible objectivent le "bon niveau de sécurité" pour 58 risques. Les risques dont la criticité le justifie font l'objet d'un plan d'action intégré au PAQSS institutionnel, seul le risque lié à l'accessibilité reste critique en raison de la configuration des locaux, mais des stratégies d'adaptation sont mises en œuvre (signalement à l'arrivée et accompagnement dans l'établissement) et la prise en compte de tous les handicaps est inscrite dans le projet architectural du futur hôpital. Des partenariats, sous forme de conventions, ont été conclus avec le CHU de Nice, le Centre Cardio-thoracique, l'Institut monégasque de médecine du sport et le Centre d'hémodialyse privé de Monaco ainsi qu'avec des structures d'aval (SSR, SLD, EHPAD) et avec des spécialistes.

Organisation interne

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Un groupe « Droits des patients » s'est constitué depuis novembre 2011. L'organisation repose sur une prise en charge individualisée supervisée par un binôme d'encadrement médical et paramédical en synergie avec la direction de la qualité et de la gestion des risques. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste. Les interfaces permettent l'articulation des missions et des compétences au regard des objectifs. Toutes les missions sont décrites, chaque expert des sous rubriques du parcours patient a défini les risques inhérents à sa pratique sur l'ensemble du processus et les dispositifs de maîtrise à mettre en place. La permanence des soins est organisée et toutes les gardes sont seniorisées. Les professionnels sont sensibilisés au dispositif d'accueil. Les risques particuliers sont recherchés et les stratégies de coordination de la prise en charge sont activées si nécessaire. Une directrice de la communication a été recrutée, des hôtesse d'accueil concourent à l'identification des besoins particuliers des patients et de leur entourage et facilitent leur orientation. Le plan de formation est élaboré en fonction des axes stratégiques et des besoins. La coordination interne et externe est définie et le Comité des urgences vitales s'assure de la formation de l'ensemble des professionnels. La diversité des prises en charge nécessite un plateau technique performant ; ces structures élaborent leurs chartes de fonctionnement respectives ; la permanence de la disponibilité des matériels est garantie. Les fonctions support sont intégrées au processus. L'établissement a élaboré de nombreux documents supports pour faciliter les prises en charge les plus complexes. Pour accueillir la clientèle étrangère, la plupart des supports sont traduits et les professionnels bénéficient de formations. La filière gériatrique est définie avec des procédures et des conventions. L'offre de soins en pédiatrie est organisée. La coordination de la prise en charge est effective et pluri-disciplinaire. Il existe des procédures spécifiques à la prise en charge pédiatrique. Une démarche est menée pour appréhender, dès la néo-nat, des situations potentiellement à risque et une charte est élaborée pour organiser la coordination des acteurs autour de la prise en charge d'enfants en situation sensible. La prise en charge somatique est organisée et fait l'objet d'une coordination avec les médecins et chirurgiens de l'établissement. Le service est organisé pour une prise en charge en addictologie et tabacologie. Le recours à un plateau technique de rééducation est organisé. L'offre d'hospitalisation au SSR étant réservée aux patients monégasques, un projet de création de lits dans le mentonnais et les communes limitrophes est en cours et des conventions permettent l'accueil d'aval en attendant les 20 lits prévus dans le nouvel hôpital. Les personnes vulnérables et/démunies sont identifiées, le service social du CHPG est organisé autour des patients et de leur famille et les assistantes sociales anticipent les démarches nécessaires. Les actions sont coordonnées avec les différentes personnes ressources et organismes compétents et des conventions sont conclues. Il existe un guide de signalement. La prise en charge des maladies chroniques est organisée pour les pathologies les plus fréquentes. En 2014, le CHPG a créé un Comité de liaison en éducation thérapeutique qui a pour objet la promotion et le développement des ETP. Les offres du réseau ont été identifiées, des professionnels spécifiquement formés et dédiés. La prise en charge des troubles nutritionnels est encadrée par le CLAN qui assure des actions de sensibilisation et de formation des professionnels. Le risque suicidaire est protocolisé dans tous les secteurs de prise en charge, notamment de pathologies chroniques et en gériatrie.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle

Le pilotage du processus a mobilisé des acteurs de terrain aux différentes étapes de l'accueil jusqu'à la sortie. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Les professionnels se sont appropriés les objectifs. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La démarche est relayée par les cadres qui sont les référents qualité auprès des équipes. Les professionnels sont impliqués dans les démarches qualité et sécurité des soins. Le manuel de certification a servi à l'identification des risques et les actions d'amélioration du compte-qualité ont mobilisé la direction des soins, de la qualité, de nombreux chefs de service et praticiens hospitaliers, les cadres supérieurs et de proximité et la collaboration active des équipes, du service social et du service hôtelier. Le Collège de formation de médecine a mobilisé des réunions au moins mensuelles par thématique avec la participation d'intervenants extérieurs. Les référents sur les thématiques transversales sont identifiés et tous les professionnels sont impliqués dans des démarches évaluations.

Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...

Les ressources en compétences sont disponibles et adaptées aux besoins des prises en charge. La gestion des effectifs est faite au plus près du terrain par les cadres qui font appel aux ressources supplémentaires. Les nouveaux arrivants sont tutorés, sensibilisés à l'importance de l'accueil du patient et peuvent bénéficier d'une formation spécifique : 40 personnes sont ainsi formées annuellement, les secrétaires médicales en priorité. Tous les personnels y compris en psychiatrie ont suivi la formation obligatoire AFGSU. De nombreux professionnels sont formés à la gériatrie et l'équipe mobile de gériatrie assure le lien entre le CHPG et le CRIII. Du personnel médical et paramédical dédié et spécialisé est chargé de la prise en charge des enfants avec un système de gardes et d'astreinte défini. Dans les services, une infirmière est dédiée à l'accueil et l'établissement travaille à la généralisation de l'appel en pré-admission pour améliorer l'efficacité du processus. L'établissement va être attribué aux Services de Médecine, dès le mois d'avril 2015, les vacances supplémentaires et suffisantes pour faire bénéficier le Service de Psychiatrie d'une présence journalière d'un praticien afin d'effectuer les examens somatiques des patients admis directement en Psychiatrie. Les règles de présence sont définies et le système de gardes et d'astreintes est effectif afin d'assurer la permanence des soins 24h/24, les plannings des gardes et astreintes sont élaborés, affichés et suivis. Toute la documentation est disponible sur l'intranet et les services ont défini des onglets "favoris" pour faciliter la recherche.

Effectivité de la mise en œuvre (dont traçabilité)

La prise en charge du patient établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Le dispositif d'accueil est actif, tant pour les admissions en urgence adulte ou pédiatrique que pour les hospitalisations programmées. Le livret d'accueil est systématiquement remis au patient et des livrets d'accueil spécifiques sont distribués dans certains secteurs. En fonction des spécificités des patients, l'organisation permet de les orienter au sein des filières et vers des services spécialisés, soit en interne, soit en activant le réseau. L'évaluation initiale est tracée dans le dossier avec des macro-cibles d'entrée et le recueil informatisé des besoins fondamentaux du patient. Les transmissions ciblées assurent l'analyse et la traçabilité de la prise en charge, les observations médicales sont rédigées dans le dossier. Le projet de soins est personnalisé et concerté : des réunions pluriprofessionnelles organisées quotidiennement permettent d'ajuster la prise en charge en temps réel. La réflexion bénéfice-risque est intégrée et tracée, de même que l'information donnée et le recueil du consentement pour les actes invasifs. La prise en charge des urgences vitales est assurée au sein des services : matériel présent et vérifié une fois par semaine, consignes d'appel claires en fonction de l'âge du patient et tous les personnels y compris en psychiatrie ont suivi la formation obligatoire AFGSU. Les personnes âgées sont prises en charge dès les urgences, la filière gériatrique étant définie avec des procédures et des conventions. Elle fait l'objet d'évaluations régulières. De nombreux professionnels sont formés et l'équipe mobile de gériatrie assure le lien entre le CHPG et le Centre Rainier III. L'offre de soins en pédiatrie est structurée et organisée. La coordination de la prise en charge est effective et pluridisciplinaire. Le personnel médical et para médical dédié et spécialisé a son propre système de gardes et d'astreintes. Il existe des procédures spécifiques à la prise en charge pédiatrique. En psychiatrie, la prise en charge somatique est organisée et fait l'objet d'une coordination avec les médecins et chirurgiens de l'établissement, le service de Psychiatrie étant rattaché au pôle de médecine spécialisée. Toutefois, la traçabilité de l'examen somatique d'entrée pour les patients directement adressés dans le service sans passage par les urgences psychiatriques n'est pas toujours retrouvée. Le service est organisé pour une prise en charge en addictologie et tabacologie. L'observation médicale d'entrée comporte un examen clinique et un auto-questionnaire de santé proposé au patient. Le risque identifié dans ce secteur se rapporte à l'entrée en urgence, et de fait, dans le dossier du patient traceur de ce secteur, l'examen somatique ne figurait pas dans le dossier de ce patient entré directement. L'établissement a immédiatement pris en compte cette remarque, et il va attribuer au service de médecine, dès le mois d'avril, des vacances supplémentaires.

pour effectuer les examens somatiques des patients de Psychiatrie admis directement. L'accueil des personnes handicapées est optimisé malgré les contraintes structurelles : les patients sont repérés dès leur arrivée et accompagnés tout au long de leur séjour. Le recours à un plateau technique de rééducation performant est organisé. La prise en charge des troubles nutritionnels est encadrée par le CLAN qui assure des actions de sensibilisation et de formation des professionnels. Ce risque fait l'objet d'une cible et le dépistage est réalisé et tracé. Le nombre de détenus hospitalisés est faible mais la prise en charge est définie et l'accueil est organisé en chambres sécurisées (psychiatrie) en concertation avec la Maison d'arrêt. Un travail est en cours pour améliorer la conformité et la sécurité de cette zone. La sortie est planifiée et préparée dès le début du séjour. Les documents de liaison sont établis. Le cas échéant, les actions des prestataires à domicile sont réintégrées dans le dossier et analysées (suivi nutritionnel par exemple). Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients), ces différentes étapes du parcours nécessitant la coordination et la collaboration de l'ensemble des secteurs. La traçabilité est assurée, l'exhaustivité du parcours du patient pouvant être retrouvée à l'analyse du dossiers.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

La direction de la qualité et de la gestion des risques analyse en continu les questionnaire de satisfaction et coordonne les différentes enquêtes des processus de prise en charge : dossier du patient, audits, chemins cliniques, patient traceur, et élabore les tableaux de bord d'indicateurs de suivi respectifs par secteur. La Commission d'évaluation des pratiques professionnelles assure le suivi et la validation des EPP ; le recueil des IPAQSS d'une part et des indicateurs qualité propres à l'établissement d'autre part encadrent le dispositif d'évaluation continue de la qualité des prestations. Certaines filières (gériatrie pédiatrie) font l'objet d'évaluations spécifiques. Les délais d'attente sont étudiés aux urgences, le diagnostic handicap a été réalisé. L'analyse des questionnaires de satisfaction montre que les patients sont très satisfaits de l'accueil et de l'écoute des professionnels et de la prise en charge de la douleur. L'analyse des résultats est présentée à toutes les instances et le relais sur le terrain est assuré par les cadres. Toute EPP conduite fait l'objet d'une information aux équipes concernées. A la suite des évaluations, des actions d'amélioration sont identifiées.

A / Agir

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

Les actions d'amélioration sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. L'accessibilité a donné naissance à un groupe de travail présidé par le chef de service de MPR, un projet de loi sur l'accessibilité a été déposé et devrait être voté prochainement pour prendre en compte les contraintes en attendant le futur projet architectural. Une installation de bornes tactiles avec un plan interactif de l'établissement est à l'étude. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Les actions menées ont également permis d'améliorer la traçabilité de l'évaluation de l'état de santé, la surveillance régulière et la variation du poids, la douleur et le risque d'escarre. Les résultats des audits de dossier montrent également que les démarches sociales sont anticipées, tracées et coordonnées. L'établissement a défini des actions quant à la sortie et au délai d'envoi des documents de sortie. Le Comité des urgences vitales a identifié un besoin d'amélioration du taux de retour des fiches d'évènement indésirables, une EPP "Arrêts cardio-respiratoires est en cours. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. La CMAPP (Commission de médiation et d'amélioration de la prise en charge) est régulièrement informée des résultats des actions et elle est également associée à l'analyse des plaintes et doléances. Le site internet est en cours de refonte. Les comptes-rendus sont accessibles et les résultats affichés. Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

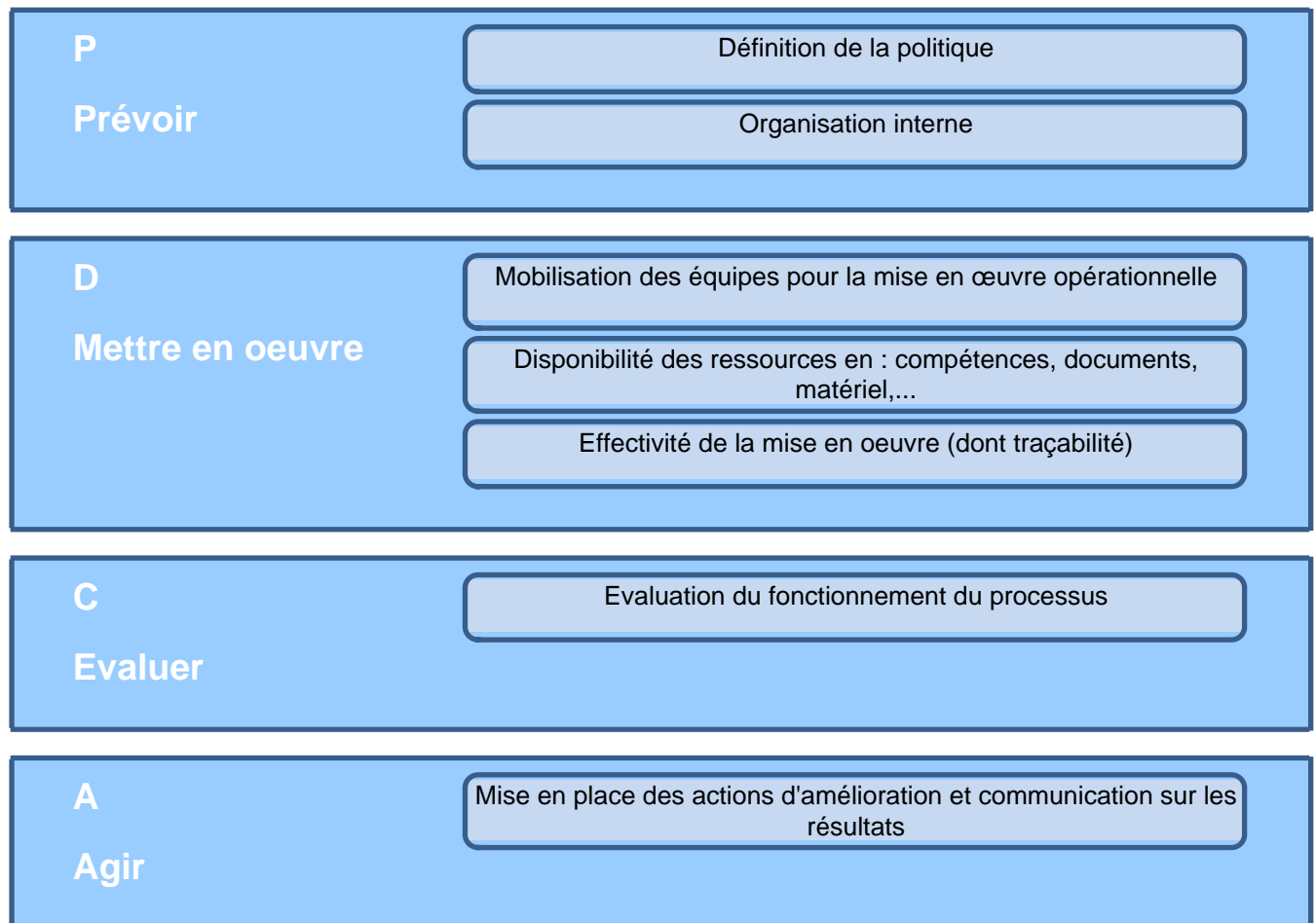
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à évaluer le niveau de maturité de l'établissement sur la mise en œuvre de sa politique de prise en charge de la douleur en fonction des besoins et des risques identifiés et des exigences de la loi du 4 mars 2002.

Elle évalue, au regard des objectifs fixés, la mise en œuvre des actions d'amélioration et les résultats obtenus. Elle s'assure de la mise à disposition des moyens (ressources affectées, formation des professionnels, mise à disposition des outils d'évaluation adaptés...) et des actions de surveillance pour s'assurer du respect de la mise en œuvre des protocoles, de la traçabilité de l'évaluation, de l'utilisation des différents outils...

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
Il existe une politique, élaborée sur la base d'une identification structurée des besoins et d'une analyse des risques. La prise en charge de la douleur est ancrée de longue date dans la culture de l'établissement qui en a fait une priorité avec la création, dès 2001, d'une UMSPS et de consultations spécialisées. La politique est définie, portée par le CLUD créé en 2004 et les référents médicaux et para médicaux, et validée en CME et par la direction. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement ; la cartographie générale a montré une marge d'amélioration sur la formation des professionnels à l'utilisation des outils et sur la traçabilité de l'évaluation. La politique et la cartographie sont déclinées dans un programme d'action.
Organisation interne
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qui est assuré par le CLUDS. Pluriprofessionnel et pluridisciplinaire, le CLUDS dispose d'un règlement intérieur et s'inscrit dans une stratégie de promotion d'actions de prévention, de formation et d'évaluation de l'efficacité de la prise en charge. Stratégiquement le pilotage de l'instance est assuré par le chef du service de chirurgie ambulatoire, le responsable de l'EMSPS, la chef du service de pharmacie et la directrice des soins. Le directeur et le directeur qualité sont membres de droit, 7 médecins et 9 soignants représentant l'ensemble des services complètent sa composition. 40 référents douleur dans tous les secteurs ont été formés à la mise en place, à l'application et à l'évaluation des protocoles. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences. Les missions sont définies. Un courrier co-signé par le président du CLUDS et la direction des soins engage sur la recherche d'uniformisation des pratiques systématisée à partir d'une échelle en fonction de la typologie des patients, la déclinaison dans les services étant assurée par les cadres. L'utilisation des échelles est procédurée et un prototype informatisé est en cours d'évaluation. Le plan de formation institutionnel en a fait un axe prioritaire et prévoit de nombreuses formations diplômantes en lien avec les objectifs du CLUDS. Toutes les dimensions de la douleur sont abordées incluant les thérapies non médicamenteuses : hypnoalgésie, aromathérapie, toucher-massage, balnéothérapie.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
La politique est déclinée dans l'ensemble des secteurs grâce à la mobilisation des référents et des cadres. Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions. Les protocoles sont directement liés à la pratique, beaucoup sont associés aux soins et rédigés par les soignants eux-mêmes avec le soutien technique du CLUDS : des travaux sont en cours en dialyse, en pédiatrie, en cardiologie et en médecine pneumologique. Les équipes sont régulièrement informées des outils mis à leur disposition. La politique de promotion interne est active et mobilise les professionnels autour de cette thématique. L'encadrement et les correspondants douleur réalisent à périodicité définie des vérifications de l'appropriation des consignes et la mise en œuvre des bonnes pratiques. Suite aux évaluations de pratique, les actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies. Les résultats sont communiqués aux équipes.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Les ressources sont adaptées en termes quantitatifs et de formation. La sensibilisation commence dès l'IFSI, en concertation avec les cadres formateurs. Les compétences sont développées et entretenues à tous les niveaux grâce à la politique de formation interne et externe. En interne, les formations adaptées aux différents publics (prescripteurs, cadres, IDE, manipulateurs-radio) sont soit généralistes, soit réalisées "à la carte" (formation-action en UHCD par exemple). Trois médecins algologues et le médecin responsable des soins palliatifs interviennent régulièrement au lit des patients. En outre, les cadres bénéficient d'une formation sur l'expertise algologique et méthodologique pendant deux ans pour conforter l'harmonisation des pratiques et l'accompagnement des équipes dans l'élaboration de la cible "douleur" et l'appropriation des échelles. L'établissement prévoit les ressources matérielles et documentaires nécessaires. Les supports documentaires sont disponibles dans la base informatique : livret thérapeutique, livrets douleur, protocoles et outils d'évaluation spécifiques par type de prise en charge et par type de douleur (aiguë, chronique, soins palliatifs) incluant les techniques non médicamenteuses (aromathérapie...) et actualisés grâce à une veille permanente. Tout l'arsenal thérapeutique y compris MEOPA, QUTENZA, etc. est accessible dans tous les secteurs. Le nombre de PCA, de TENS, de supports thérapeutiques pour prévenir les troubles trophiques, est dimensionné. Un espace "bien-être" animé par les bénévoles d'action en soins palliatifs propose du yoga, des activités manuelles,

de la psycho-esthétique. La documentation est accessible sur le réseau, des livrets douleur ont été élaborés en MCO, gériatrie, pédiatrie, santé mentale et aux urgences. Les professionnels disposent de nombreuses échelles pour évaluer la douleur (y compris pour les personnes âgées, les enfants, les nouveaux-nés, les patients non communicants...) et de leur protocole d'utilisation. Il existe une liste des référents permettant de communiquer avec les patients étrangers.

Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)

Chaque secteur met en œuvre les actions adaptées au profil des différents patients accueillis. Chaque secteur identifie ses besoins spécifiques et l'équipe mobile constitue un soutien constamment disponible. Des actions d'éducation des patients à la prise en charge de leur douleur sont menées en associant si nécessaire les proches. La prévention de la douleur induite par les soins est effective, les professionnels disposent d'un tableau objectivant les plages adéquates pour le soin après administration d'un antalgique. L'activité du CLUDS est totalement transversale et coordonnée avec le Comité des vigilances sanitaires. Les problématiques pharmacologiques sont régulièrement inscrites au programme du CLUDS et les conclusions largement diffusées pour prévenir le risque de mésusage. La psychologue, les professionnels de rééducation et d'ergothérapie sont régulièrement sollicités. Des actions sont entreprises auprès des IDE d'HAD, en collaboration avec les médecins de ville et une sensibilisation est particulièrement menée par rapport au recueil des événements indésirables. Les secteurs de prise en charge où la douleur chronique prévaut, et notamment en gériatrie où la douleur psychique est recherchée mettent en place des thérapies cognitive-comportementales et bénéficient d'une psychologue dédiée. En psychiatrie, où la douleur somatique est évaluée tout au long du séjour, des techniques de soulagement particulières sont adoptées : hypnose, arthérapie, balnéothérapie et stimulation trans-crânienne indiquée dans les douleurs neuropathiques et la fibromyalgie. En MCO, l'utilisation de la glace, de l'EMLA, du MEOPA, l'évaluation du risque d'escarre, la prévention des douleurs induites, la verticalisation précoce, le toucher-massage... sont autant d'adjuvants à l'utilisation des protocoles médicamenteux prescrits. Aux urgences un protocole de prévention de la douleur est en place. En pédiatrie, l'échelle EVANDOL a été retenue. L'EMLA, le MEOPA, les solutions sucrées sont largement utilisés, mais aussi l'hypnose et des moyens multimédia pour distraire l'enfant au cours des soins douloureux. L'intégration des parents est encouragée en fonction de leur taux d'acceptabilité (hébergement gratuit). Dans tous les secteurs, la composante morale de la douleur du patient et celle de ses proches est entendue et l'écoute est le premier outil utilisé par les professionnels. Plusieurs associations apportent leur concours et des alliances thérapeutiques s'opèrent entre les services pour coordonner la prise en charge. Les patients sont informés via le livret d'accueil de la politique de l'établissement et un questionnaire d'évaluation de la qualité de la prise en charge leur est systématiquement proposé à la fin du séjour. Les soignants sont sensibilisés à l'éducation du patient qui reçoit des informations sur les antalgiques et leurs effets secondaires. Les programmes d'éducation thérapeutique existants en région PACA ont été identifiés et un projet est en cours de construction en cancérologie où les aidants sont impliqués tout comme en HAD. Pour tous les secteurs, une psychologue peut être sollicitée pour répondre aux besoins de soutien moral des soignants. La mise en œuvre des prescriptions, des protocoles, de l'évaluation et de la surveillance du soulagement de la douleur est retrouvée dans tous les secteurs y compris sur les plateaux techniques. La vérification en continu de l'application des protocoles est assurée par les correspondants. Les IPAQSS recueillis en 2014 ont montré une amélioration significative de la traçabilité dans les dossiers.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

Les évaluations sont multiples et régulières : enquêtes du CLUDS, questionnaire d'appréciation du séjour, gestion des plaintes, analyse des dossiers (IPAQSS), contrôle de l'application des protocoles, EPP (chemin clinique "colique néphrétique", bientraitance). L'exploitation des questionnaires de sortie fait partie du tableau de bord affiché dans chaque service et chaque plainte adressée au service concerné fait l'objet d'une analyse et d'un retour vers le CLUDS. Des CREX pluridisciplinaires sont pilotées par la chef de service de pharmacie. Les évaluations permettent d'identifier des actions correctives.

A / Agir

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

Les plans d'action sont actualisés au regard du résultat des évaluations et des retours patients. Ils s'appuient sur la formation et la consolidation des missions des référents, sur l'éducation thérapeutique, la communication, le développement des partenariats et le renouvellement en 2016 de l'enquête triennale initiée en 2001. Les objectifs fixés au regard des résultats des IPAQSS détectant encore une marge d'amélioration ont été atteints : une évaluation menée d'octobre 2014 à mars 2015 a montré l'exhaustivité de la traçabilité dans les dossiers. Des perspectives vont se concrétiser : création d'une

Unité de soins palliatifs en 2016 et d'un centre douleur avec lits identifiés et secrétariat autonome et transversal pour optimiser les consultations intra et extra hospitalières. Un projet de suivi par SMS est en test en chirurgie ambulatoire, et le CHPG réfléchit à l'informatisation du questionnaire de satisfaction. L'implantation de référents médicaux, en particulier dans les secteurs de chirurgie est envisagée pour positionner des relais à tous les niveaux et généraliser la mise en oeuvre des traitements préventifs. Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les retours d'information sont assurés par l'encadrement, la revue Infopital qui relaie largement l'actualité de l'établissement et la newsletter trimestrielle du CLUDS.

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN FIN DE VIE

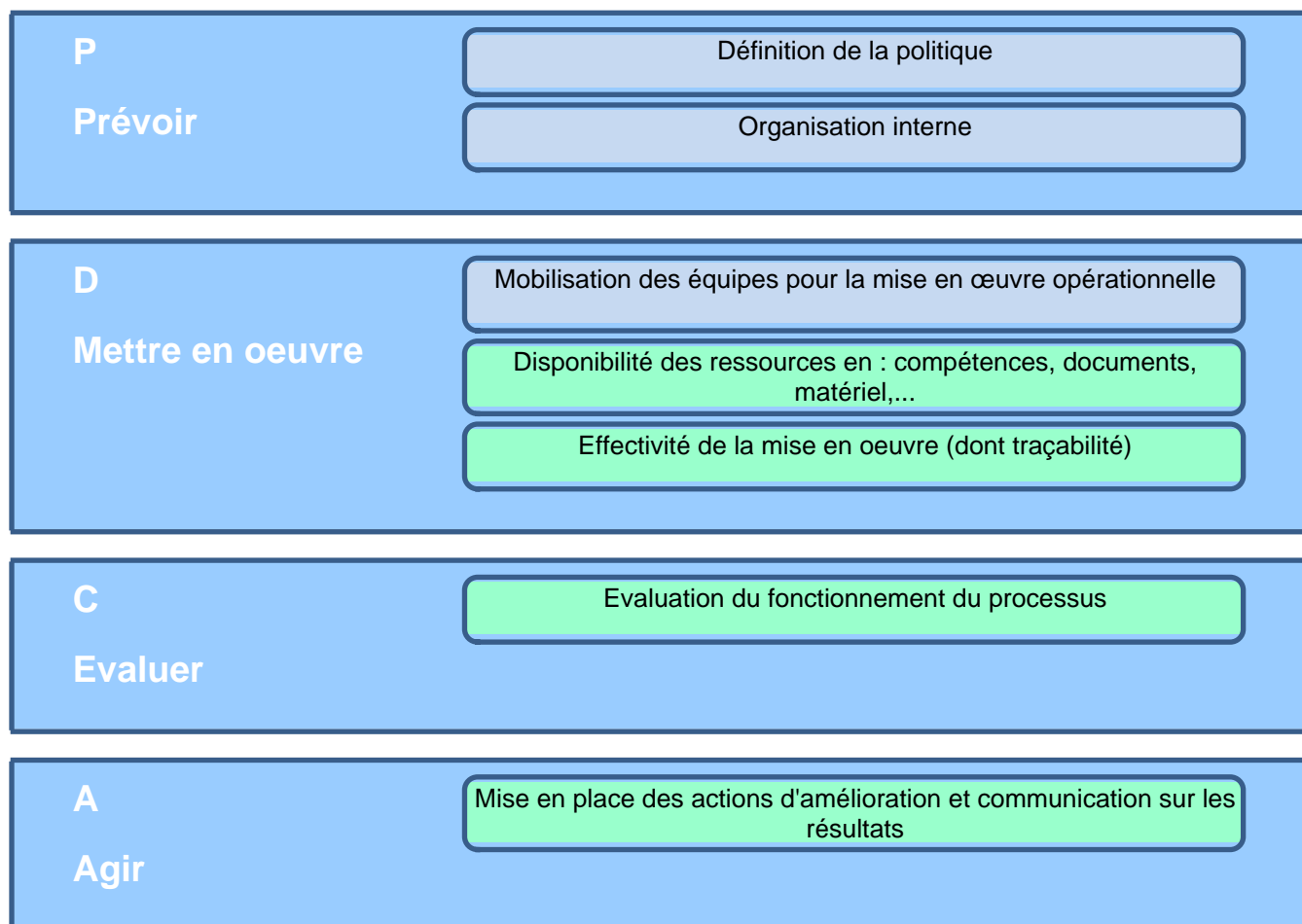
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche palliative visant à améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches face aux conséquences d'une maladie grave et potentiellement mortelle, par la prévention et le soulagement de la douleur et par la prise en compte des problèmes physiques, psychologiques et sociaux qui y sont liés. Toute personne dont l'état de santé le justifie doit pouvoir en bénéficier, quel que soit le lieu de sa prise en charge.

La certification des établissements de santé vise le déploiement d'une démarche palliative intégrée à la pratique de l'ensemble des professionnels. Elle nécessite une approche transversale entre les disciplines médicales et les différents lieux de soins ainsi qu'une organisation du travail « en réseau ».

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
La politique de prise en charge des droits des patients en fin de vie s'appuie sur l'identification des besoins. Le compte qualité synthétise l'analyse de risques sur ce thème. Il met en exergue des objectifs d'amélioration et les mesures de traitement des risques adaptés au contexte monégasque et aux spécificités du seul établissement de la principauté possédant une Unité Mobile de Soins Palliatifs (UMSP) depuis 2001 ; avec extension de ses missions aux soins de support en 2004 (UMSPS). La création d'une unité fixe de soins palliatifs est programmée en 2016 (4 lits). La formalisation et la diffusion de la politique institutionnelle des droits des patients en fin de vie est prévue à court terme après validation par la CME. En effet, dans le contexte monégasque, la validation de cette politique nécessite l'aval de l'État et du diocèse.
Organisation interne
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus dans les quatre secteurs de prise en charge concernés. Les rôles et responsabilités de l'UMSPS et des professionnels référents Soins Palliatifs sont identifiés. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences. En 2008, les compétences du CLUD ont été élargies autour des soins palliatifs et de la fin de vie, d'où l'appellation de CLUDS. En 2008, la création d'un Centre de Coordination en Cancérologie (3C) a contribué à l'organisation institutionnelle de la prise en charge de la Fin de Vie. En 2008, la création d'un Centre de Coordination en Cancérologie (3C) a contribué à l'organisation institutionnelle de la prise en charge de la Fin de Vie. La création d'un futur comité d'éthique institutionnel est actée et la désignation des membres est déjà effective. Dans les services où les accompagnements de fin de vie sont les plus fréquents, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires. Des actions de soutien des soignants sont organisées par des groupes de parole et les psychologues des différents services (EMSP, USLD notamment). Les ressources matérielles et documentaires sont en place.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
Le management de chaque secteur concerné par la fin de vie organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions. Cette déclinaison repose sur une concertation continue avec l'EMSP et l'établissement favorise continuellement l'implication des équipes par des formations régulières des référents Soins Palliatifs et des professionnels des équipes les plus concernées par cette thématique. Les médecins chefs de service, les médecins adjoints, les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues dans le droit monégasque. Des actions d'amélioration sont mises en place de façon continue. Le CHPG est très mobilisé et les équipes de direction sont toujours à l'écoute des besoins exprimés.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Les ressources en compétences (nombreux professionnels disposant d'un DU en Soins Palliatifs, professionnels disposant d'un DU d'éthique, professionnels disposant d'un DU Douleur, Unité Mobile Soins Palliatifs et Soins supportifs identifiée), matériel (PCA), dispositifs médicaux (bannette douleur avec dispositifs permettant l'évaluation de la douleur notamment) et documentation en termes de procédures et protocoles sont disponibles dans tous les secteurs d'activité concernés dans les cinq secteurs de prise en charge.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
Les secteurs d'activités les concernés mettent en œuvre les organisations prévues. En SSR et UMSP, les patients en fin de vie restent dans l'unité sans transfert en MCO pour la prise en charge de la fin de vie. Les équipes de SSR et USLD sont formées à cette prise en charge et la mettent en place jusqu'au décès du patient dans l'unité. L'UMSPS contribue à la formation initiale et continue dans le domaine des soins palliatifs et de l'accompagnement (IFSI, formations internes, formation des référents). Les interfaces entre les secteurs disposant de compétences complémentaires sur cette thématique sont priorisées de façon continue. Les services concernés par des fins de vie fréquentes travaillent en équipes pluridisciplinaires et en concertation systématique avec les autres secteurs et instances concernés. Des associations de bénévoles d'écoute et d'accompagnement, avec lesquelles le CHPG a noué une convention, sont systématiquement associées à cette mise en œuvre ainsi que, selon les souhaits des patients, les bénévoles de l'aumônerie. On note une particulière discrétion des membres de ces associations par rapport à ce que leur confient les patients. Ceci est à mettre en lien avec le respect strict du secret

médical et de la confidentialité dans la principauté monégasque. Il existe des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires de discussion de cas de malades permettant la réflexion sur la limitation et arrêt de traitement. Il existe également une collaboration hebdomadaire entre les équipes référentes, le 3C et l'UMSPS. Une concertation hebdomadaire entre l'UMSPS et l'équipe de liaison de psychiatrie est également effective. La traçabilité de l'accompagnement réalisé par les professionnels des services et/ou par les professionnels de l'UMSP est en place.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus est assuré par le médecin responsable de l'UMSP et le cadre de l'UMSP. Les cadres de santé des services les plus concernés par la fin de vie évaluent eux-mêmes leur dispositif. Des indicateurs sont identifiés et suivis. Les résultats font l'objet d'une synthèse annuelle qui est exposée en CMAPP et en CME. Une EPP "Evaluation de la prise en charge des symptômes" sera présentée à la CEPP de septembre 2015.

A / Agir

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

Les actions d'amélioration sont immédiatement mises en œuvre au regard des évaluations réalisées. Le compte qualité Droits des Patients en Fin de Vie a été réévalué en février 2015. Un tableau général de suivi des comptes qualité, dont le compte qualité Droits des patients en fin de Vie, est suivi par les secteurs concernés.

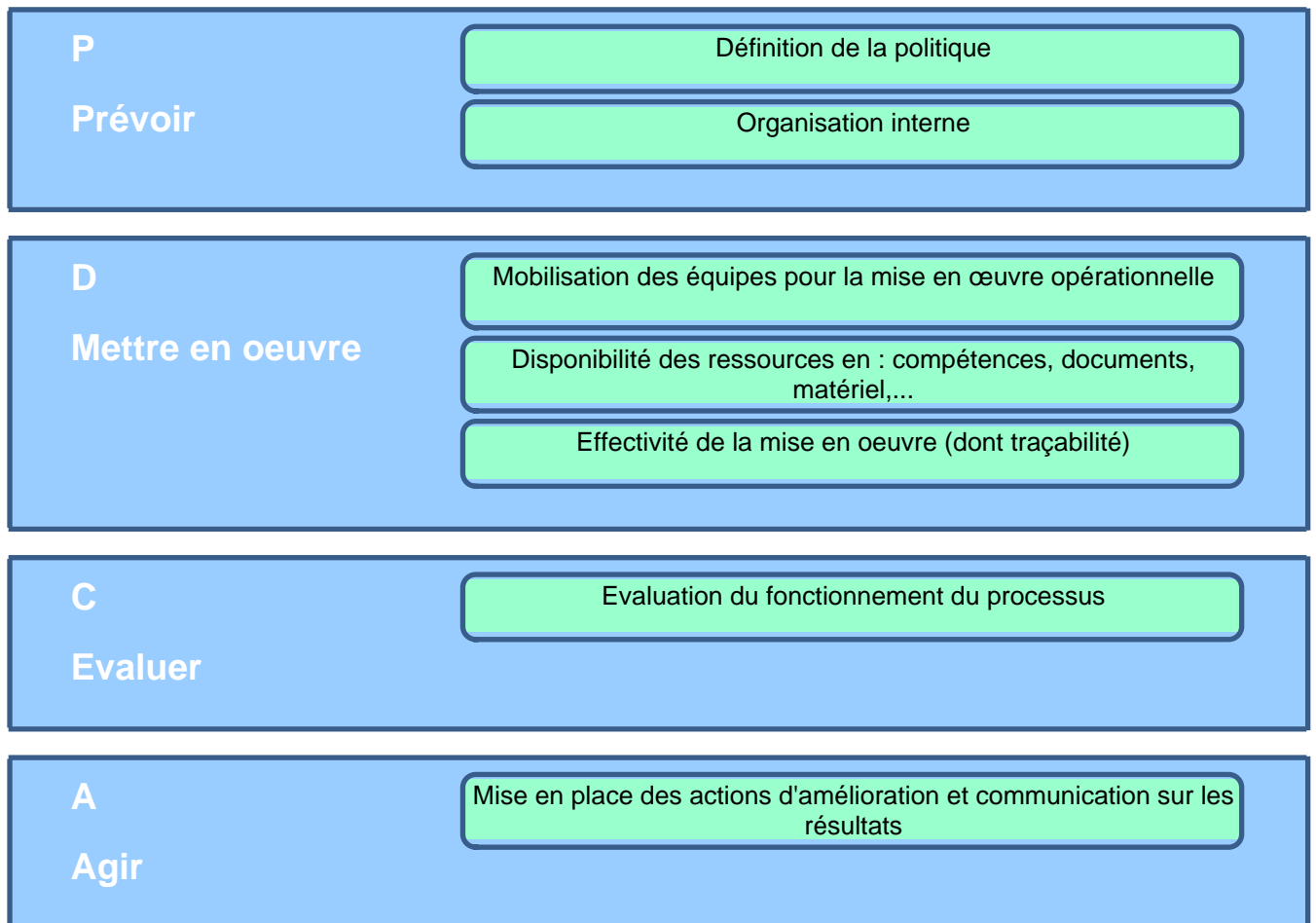
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
Il existe une politique du dossier patient, élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques et déclinée sous forme d'un engagement du Centre Hospitalier. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques, adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement.
Organisation interne
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Une commission du dossier patient composée de praticiens hospitaliers, de cadres supérieurs de santé et des responsables qualité propose des évaluations régulières du dossier et des actions d'amélioration. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Les règles de gestion du dossier patient papier et informatisé sont formalisées sous forme de protocoles et diffusées. Ces règles précisent les responsabilités des personnels, la tenue du dossier, sa composition, son utilisation, son accessibilité en temps utile (accès informatique et dossiers archivés). L'accès du patient à son dossier est également formalisée dans une procédure. Des actions de communication sont prévues pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les instances sont régulièrement informées du résultat des évaluations et des améliorations proposées. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Il existe des fiches de liaison entre les différents services.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en oeuvre opérationnelle
Compte tenu de ses risques et besoins, le cadre de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. Le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (et notamment procédures, protocoles, consignes, etc.). Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Un système intranet et un journal interne permettent de diffuser ces informations au niveau de tous les secteurs de soins.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Les ressources en compétences (effectif suffisant et formé) sont assurées. Les nouveaux personnels et remplaçants sont formés à l'utilisation du dossier. Les locaux et équipements sont en adéquation avec les besoins.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
Les secteurs d'activités mettent en oeuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les acteurs sont associés (équipes, instances, usagers, patients).

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus
L'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sont assurés régulièrement par les membres de la commission du dossier patient sur la base d'outils identifiés (indicateurs IPAQSS, tableaux de bord, audits mensuels du dossier de soins.). Les délais d'accès des patients à leur dossier sont évalués.

A / Agir

Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats
Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles

mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en oeuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

IDENTIFICATION DU PATIENT À TOUTES LES ÉTAPES DE SA PRISE EN CHARGE

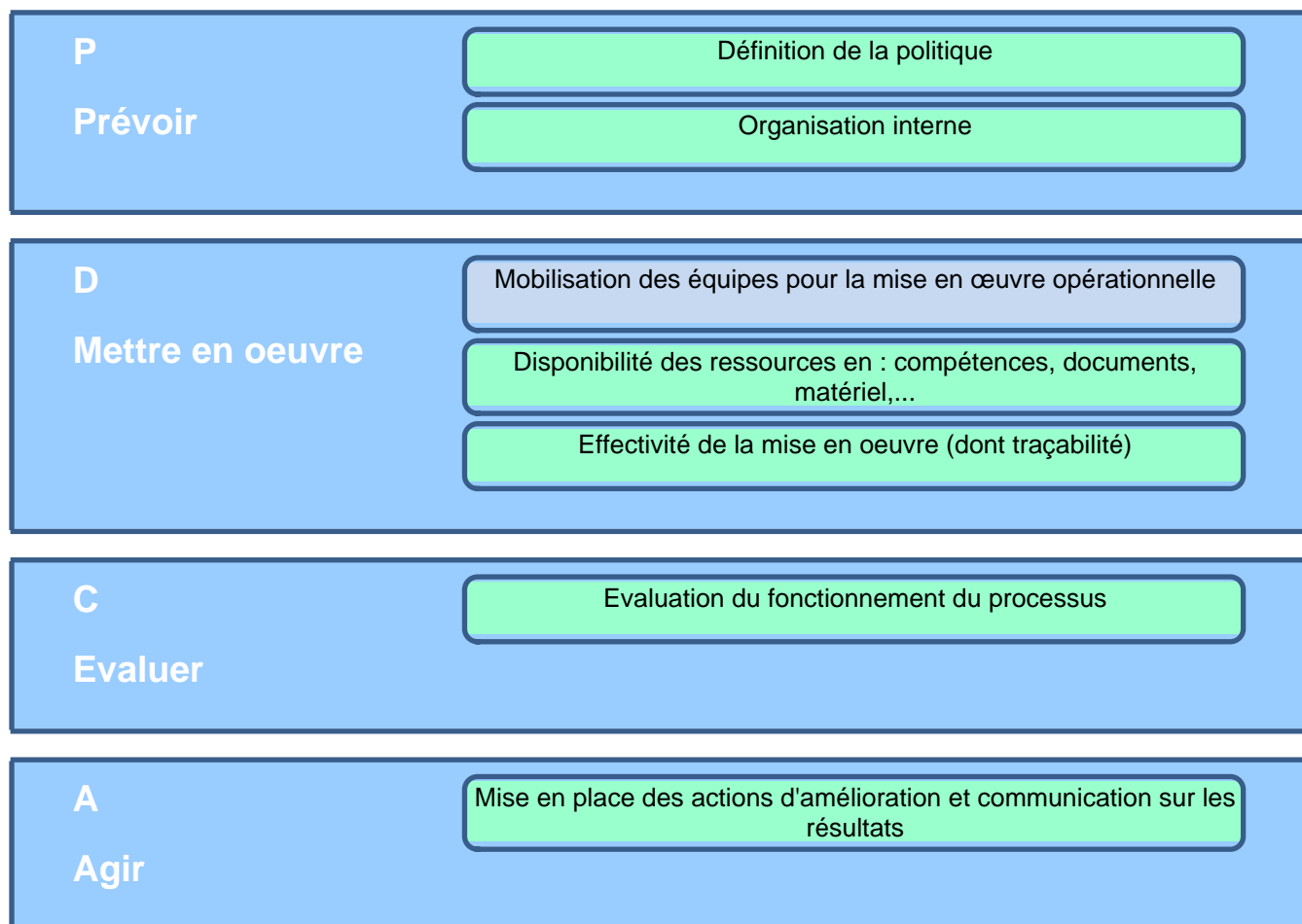
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place un système permettant une identification fiable et unique du patient à toutes les étapes de sa prise en charge et à chaque venue. Il s'agit d'un enjeu majeur pour la continuité et la sécurité des soins compte-tenu du risque d'erreurs potentiellement graves liées à une mauvaise identification (erreur de site opératoire, erreur de traitement, erreur transfusionnelle, erreurs de résultats de laboratoire, etc.).

Un système de surveillance, de correction et de prévention des erreurs permet de maîtriser ce risque. Ce thème est par ailleurs spécifiquement traité dans la thématique relative à l'organisation du bloc opératoire.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
Le Centre hospitalier Princesse Grace a défini une politique d'identification du patient conformément aux préconisations du groupe « identitovigilance » qui a identifié des objectifs sur la base d'une analyse des risques au niveau de l'établissement et dans les secteurs à risque. Cette politique déclinée en actions d'amélioration dans le compte qualité a été validée par le COPIL et les instances concernées (CA et CME). La politique est déclinée dans un programme d'action.
Organisation interne
Depuis 2008, le pilotage du processus est réalisé par un groupe de travail relayé par la cellule d'identitovigilance créée en 2014. Le rôle et les responsabilités de cette cellule composée de professionnels en relation avec la thématique sont identifiés. Tout au long de la prise en charge du patient, l'établissement a mis en place une organisation qui permet d'identifier en toute sécurité une clientèle multinationale. Le service informatique a mis en place une démarche « quitus » qui assure l'interface concernant la fiabilisation de l'identité des patients. Ce service assure quotidiennement au fil de l'eau la vérification de l'identité des patients. Les différentes procédures relatives à l'identitovigilance sont intégrées à la gestion documentaire. Toutefois, la procédure de demande de modification d'identité ne formalise pas la démarche de fusion des doublons ou la démarche « collision » qui est réalisée.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en oeuvre opérationnelle
Les équipes sont mobilisées sur le risque lié à l'identitovigilance. Le cadre chargé de l'encadrement des secrétariats assure la formation des secrétaires afin de les mobiliser à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification. Les évaluations mises en place dans les services permettent aux équipes de s'assurer de la conformité des pratiques et d'en suivre le niveau de conformité (EPP identitovigilance en maternité, chemins cliniques). Chaque service met en place des actions d'améliorations en fonction des réévaluations de leur pratique. Le travail est pluridisciplinaire.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Le bureau des entrées et les secrétariats disposent de personnels formés. Des séances de formation et d'information sur la saisie de l'identité dans l'application du CHPG sont institutionnalisées au profit de tous les professionnels susceptibles de saisir l'identité d'un patient. L'outil d'identification des patients est interfacé avec les autres applicatifs. Des procédures relatives à cette thématiques existent (procédure de pose de bracelet, procédure de modification d'identité).
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
Les règles de saisie de l'identité dans l'application informatique sont connues et appliquées. Le bureau des entrées contrôle l'identité du patient à l'aide d'un document d'identité valide. Des mesures de fiabilisation de la base sont réalisées quotidiennement au fil de l'entrée des patients par une équipe « quitus » dédiée. Dans les services, les personnels tracent la vérification de l'identité de leur patient pour chaque acte qui le nécessite jusqu'à la sortie ou la vérification est effectuée lors de la remise de la prescription médicale éventuelle. Les dispositions particulières notamment la demande de modification d'identité sont connues et formellement appliquées. Le référent identitovigilance est connu et sollicité en cas de nécessité. A toutes les étapes de sa prise en charge, le patient bénéficie d'une vérification tracée de son identité.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus
La cellule d'identitovigilance a mis en place un ensemble d'indicateurs permettant de suivre mensuellement les FSEI liées à l'identitovigilance, les modifications d'identité, les fusions, les collisions. Les services ont mis en place des analyses de processus dans lesquels l'identitovigilance est intégrée (chemin clinique par exemple) et des évaluations de pratique réévaluées périodiquement.

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

A la suite de l'analyse des risques et de l'analyse des indicateurs mis en place, l'établissement a mis en place des actions d'améliorations qui sont intégrés dans le compte qualité. L'établissement peut modifier ses pratiques à partir de risques identifiés. Par exemple, à la suite de nombreuses erreurs liées aux rendez vous par téléphone, la création d'un patient sur la base ne sera saisie qu'à l'accueil physique du patient. Les résultats des indicateurs de suivi sont communiqués dans les services. Le travail et les évaluations réalisées dans les services sont affichés dans les lieux de réunions.

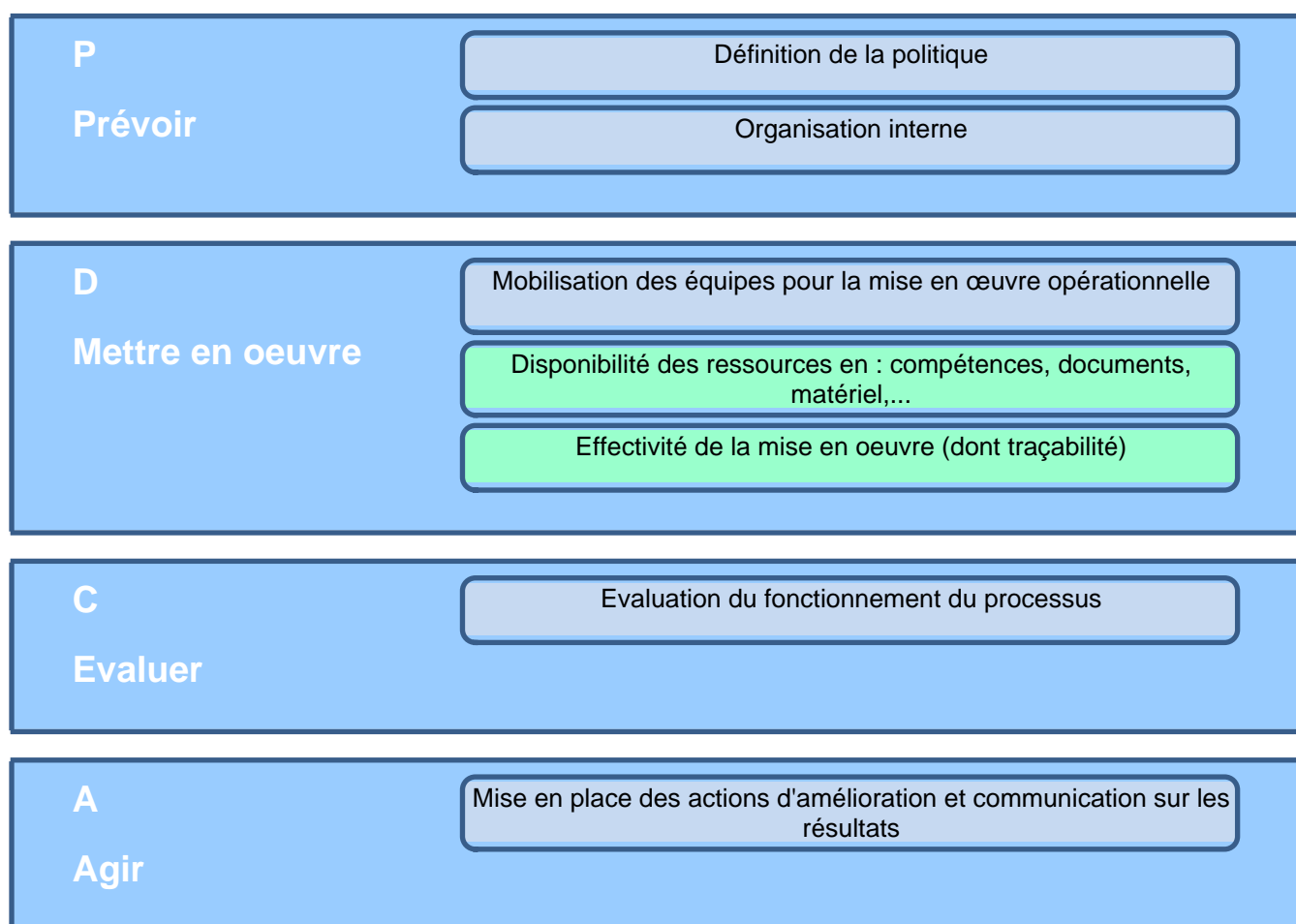
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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 politique
Il existe une politique de la prise en charge médicamenteuse élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse spécifique des risques synthétisée dans la cartographie des risques et dans le compte qualité. Les mesures de traitement sont arrêtées. Cette politique figure dans le manuel d'assurance qualité. Elle inclut les dispositions spécifiques concernant la personne âgée par des procédures et protocoles adaptés. Elle comporte une hiérarchisation des risques, des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte monégasque (collaboration avec des PUI d'autres structures sanitaires ou sportives monégasques) et aux spécificités de l'établissement (volume important de rétrocession). Il existe un livret thérapeutique remis à jour annuellement.
Organisation interne
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus : pharmacien chef nommé Responsable Assurance Qualité, groupe de travail spécifique, partenariat étroit avec la CGRVS et la direction des soins. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines nécessaires. Les ressources matérielles et documentaires sont disponibles. Il existe de nombreuses actions de communication pour sensibiliser les professionnels aux erreurs médicamenteuses et aux "presqu'erreurs", de jour et de nuit. Il existe une coordination des interfaces pour faciliter la concertation entre les professionnels de la pharmacie et entre les secteurs d'activités. Pour les Dispositifs Médicaux Implantables, un pharmacien est dédié aux prothèses au bloc orthopédique. Les règles et supports de prescription sont validés à la fois pour la prescription connectée et pour les services non encore intégrés au déploiement par un support de prescription/administration unique papier. L'organisation de la permanence pharmaceutique est en place.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
Compte-tenu de ses risques spécifiques et besoins en matière de prise en charge médicamenteuse et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Les projets de service traduisent les objectifs du compte qualité prise en charge médicamenteuse. Cette déclinaison repose sur une concertation entre la PUI, la CME, la Cellule Gestion des Risques et Vigilances Sanitaires, la direction des soins et les cadres supérieurs de santé. Des informations régulières sont réalisées pour les médecins de la CME et les IDE de jour et de nuit. Le management et les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux procédures, protocoles et modes opératoires. Des actions correctives immédiates sont mises en place en cas de besoin, avec l'association systématique des professionnels. Elles sont identifiées par le chef de service de la PUI et les pilotes de la prise en charge médicamenteuse avec la participation de l'ensemble des professionnels. Les professionnels de la PUI, de la CME et des secteurs d'activités sont associés de jour et de nuit. Les résultats sont communiqués aux équipes de jour et de nuit.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Les ressources en compétences, équipements et documentation sont disponibles dans chaque secteur d'activités. Les locaux de la PUI ont été réorganisés permettant une logique des circuits. Il existe une antenne pharmaceutique déportée au Centre Rainier III pour le secteur gériatrique. Une mission externe a permis d'améliorer la gestion des stocks et des interfaces et de proposer des solutions d'évolution. En regard de la forte culture monégasque de respect du secret médical, les pharmaciens disposent d'une procédure "bris de glace" avec traçabilité pour accéder au serveur biologique de résultats et aux éléments principaux du dossier médical du patient. Des formations régulières aux risques d'erreur médicamenteuse sont réalisées. La prescription connectée dont le déploiement a débuté en mars 2013 est mise en place à 70%. L'ensemble des secteurs chirurgicaux, le secteur des urgences adultes et enfants et la plupart des services de médecine utilisent la prescription connectée.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
Les secteurs d'activités mettent en œuvre les organisations prévues. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet des patients (incluant le traitement personnel) est exhaustive sur l'ensemble de l'établissement. Les bonnes pratiques de préparation (notamment des anticancéreux) sont respectées dans l'Unité de Reconstitution des

Cytotoxiques informatisée, ouverte dans de nouveaux locaux en 2007. Le respect des règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments et particulièrement des médicaments à risque est effectif. Il existe systématiquement un double contrôle pour toute dispensation, dans l'ensemble des secteurs et dans l'ensemble des prises en charge de l'établissement. Le reconditionnement unitaire est systématique, à la PUI, en cas de conditionnement ne comprenant pas l'identification et la date de péremption, par comprimé. La Distribution Individuelle Nominative (DIN) a été mise en place entre les années 1995 et 2000 suivant la méthode des hôpitaux Fontenois.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments est réalisée dans de nombreux domaines (AVK, traitement antidiabétique, notamment). L'administration est effectuée en temps réel par les IDE, dans l'ensemble des secteurs de prise en charge. La traçabilité est effectuée dans l'outil de prescription connectée ou sur le support papier unique "prescription-exécution". Il n'existe aucune retranscription dans aucun secteur de prise en charge de l'établissement. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transfert inclus, dans l'ensemble des secteurs et des prises en charge. Les prescriptions de sortie, validés par un médecin senior, sont remises au patient au moment de sa sortie. La PUI est ouverte en journée en semaine et la journée du samedi. Elle fonctionne par astreinte les nuits et les dimanches et jours fériés. Lors des astreintes de jour, un préparateur en pharmacie se déplace en moyenne, aux côtés du pharmacien, durant trois à quatre heures.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par la pharmacienne chef de service, ses adjoints et la cellule CGDRVS au travers du compte qualité et de la cartographie des risques a priori. Le recueil des erreurs médicamenteuses est réalisé par l'intermédiaire des FSEI. Il existe un relevé des non conformités à la PUI au moyen de FSEI internes à la PUI. Ces FSEI spécifiques viennent d'être intégrées au système de déclaration d'évènements indésirables de l'établissement. L'analyse des erreurs médicamenteuses est réalisée en CREX associant l'ensemble des professionnels concernés. Les évaluations permettent d'identifier des actions correctives. Un audit des transports et stockage des médicaments a été réalisé en août 2014.

A / Agir

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer le compte qualité et à déterminer d'éventuelles mesures complémentaires (dernière réévaluation en février 2015). Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'assurance qualité institutionnel. Il existe un dispositif d'évaluation pérenne composé de nombreux indicateurs.

Des supports et modalités de diffusion sont établis et communiqués aux professionnels de jour et de nuit. La communication des résultats est réalisée, en interne et en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

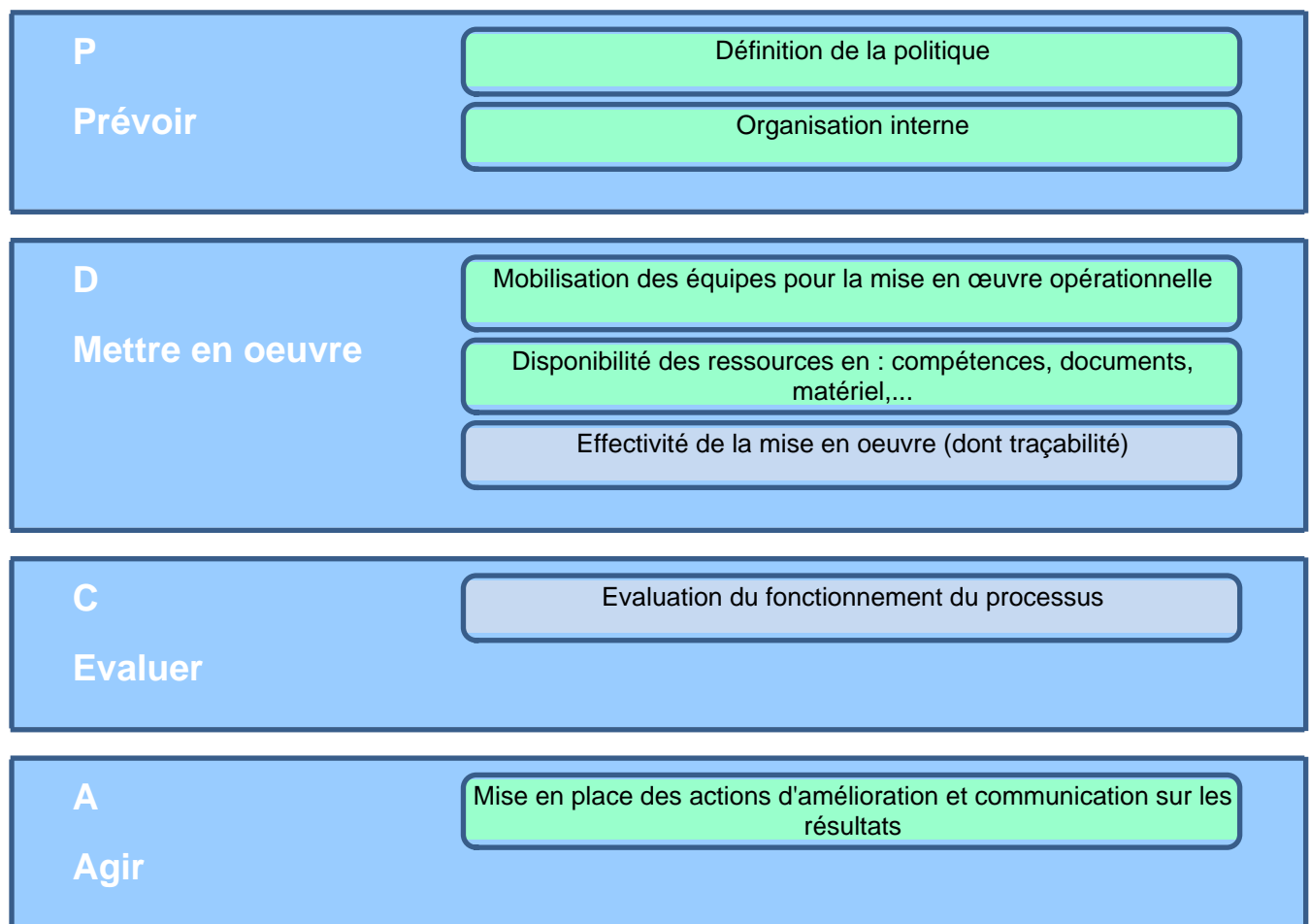
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
La politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés a été définie dans le projet d'établissement inspiré du projet médical et de soins. Le service intègre le réseau régional de prise en charge des urgences. Des conventions ont été validées, en particulier avec les sapeurs-pompiers pour l'activité SMUR. Des réflexions spécifiques ont été menées concernant les filières pédiatriques, de l'adolescent de la personne âgée. Le projet de service est venu compléter cette politique avec une prise en compte du risque et le développement d'organisations adaptées. Une réflexion a été menée pour le rapprochement des urgences adultes et pédiatriques afin de mutualiser certaines prises en charge (traumatologie chez l'enfant) et certains moyens en personnel (infirmière d'accueil et d'orientation, hôtesse d'accueil) ou matériel (locaux par exemple) dont la mise en œuvre est prévue pour la future structure.
Organisation interne
L'organisation des urgences adultes repose sur un règlement intérieur précisant les différentes filières de prise en charge ainsi que le rôle et la responsabilité des médecins et des soignants. Un volet spécifique est dédié à la qualité : hygiène, douleur, gestion des plaintes,... La prise en charge des urgences pédiatriques a fait l'objet d'une conduite à tenir spécifique en fonction de la pathologie. Un règlement intérieur commun entre les urgences pédiatriques et le service d'hospitalisation pédiatrique a été validé. Un logigramme décisionnel pour l'orientation des enfants a été validé. Les modalités de déclenchement du SMUR ont été définies ainsi que celles d'admission en UHCD. Des procédures dégradées sont validées pour l'admission de patients sur des lits vacants avec une procédure de "servitude" pour le praticien responsable du patient. Une organisation spécifique est en place pour le contact direct en fonctionnement de jour avec le spécialiste requis par la pathologie.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
Le management organise la déclinaison de la politique en plan d'actions. Les staffs des urgences pédiatriques ou adultes, les réunions de service ainsi que la réunion de la Commission des Admissions et des Soins non Programmés permettent de sensibiliser les professionnels. Par ailleurs, la priorité est donnée aux actions de formation. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques, des actions correctives sont identifiées le cas échéant.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Les ressources en compétence, documents et matériels sont adaptées à l'ensemble de la structure d'urgence. Une volonté d'amélioration des compétences est en place avec l'acquisition de nouvelles compétences que ce soit au niveau médical ou soignant (DU d'urgence, d'accueil, de catastrophe, de médecine hyperbare,...). Les équipes médicales des urgences, du SMUR et de l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée sont mutualisées. Pour les urgences adultes, les personnels infirmiers ont été formés à l'accueil et à l'orientation des patients et une zone spécifique est dédiée sur la page de saisie IAO pour l'accueil et le tri. Toutefois, la présence d'IOA formés à cette fonction n'est pas garantie 24h/24 puisqu'un nombre limité d'IOA n'est pas formé à la fonction. Des protocoles et procédures sont en place et accessibles pour les équipes.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
Les services des urgences mettent en œuvre les organisations prévues. Les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnelles. Un dispositif est en place permettant en temps réel de connaître la disponibilité en lits de l'établissement. Le dossier médical informatisé des urgences est transmis lors de l'admission en service d'hospitalisation permettant ainsi la continuité de la prise en charge. L'informatisation de la prise en charge aux urgences permet la traçabilité de l'intervention de chaque personnel, des délais, des thérapeutiques prescrites et donc d'incrémenter le tableau de bord. Un accès privilégié rapide est donné aux patients des urgences pour des consultations post-urgence.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus
--

Des indicateurs quantitatifs ont été mis en place : nombre de passage adultes aux urgences et en UHCD, durée moyenne de passage avec délais de prise en charge aboutissant à la réalisation de tableaux de bords dont les résultats sont communiqués aux équipes médico-soignantes et permettant des outils de pilotage mensuels. Ces indicateurs sont conformes aux recommandations de la MEAH.

Par ailleurs, un outil qualitatif a été mis en place grâce à la présence d'une hôtesse d'accueil permettant la remise de questionnaire de sortie avec texte libre. Des EPP sont en cours et ont été orientées sur l'activité spécifique des urgences concernant l'évolution du plan blanc lié à des afflux de victime, à la communication avec la médecine de ville. La satisfaction des patients est évaluée à travers des enquêtes que ce soit pour les patients externes ou hospitalisés. L'analyse des réponses permet des actions d'amélioration de la prise en charge des patients aux urgences.

A / Agir

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

Les actions d'amélioration identifiées sont intégrées dans le programme institutionnel. Des supports de communication sont établis pour l'interne et l'externe.

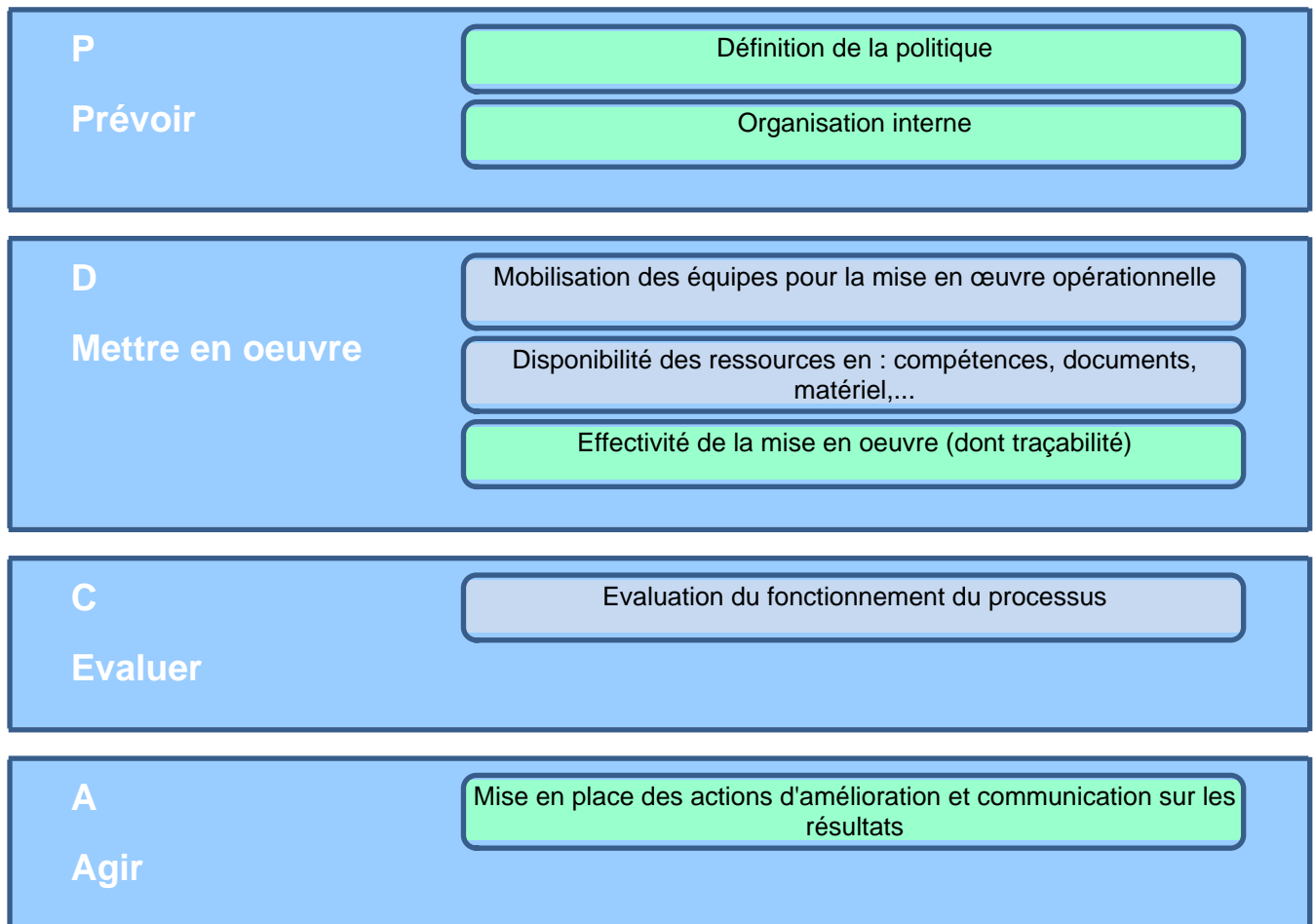
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
La politique de prise en charge du patient au bloc opératoire a été définie au sein de l'établissement en tenant compte de la pluralité des intervenants, des spécialités, du territoire et du recrutement. Les résultats de cette politique sont communiqués régulièrement auprès des instances de l'établissement, ainsi qu'en interne (synthèse trimestrielle des incidents, EPP, ...). L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risque ont été réalisés avec une cartographie des risques et un suivi des événements indésirables permettant la mise en place d'actions d'amélioration. Cette analyse de risque a été complétée par la prise en compte des urgences, de la chirurgie programmée ou non, et des populations spécifiques (enfants, personnes âgées, à risque...). La politique est déclinée dans un programme d'action.
Organisation interne
L'organisation interne des blocs opératoires a été validée par une charte et un suivi par le conseil supérieur des blocs opératoires. Les circuits de prise en charge ont été définis ainsi que l'autorité régulatrice du chef de bloc et du médecin référent. L'organisation a pris en compte l'activité multisites : 2 sites opératoires principaux et des activités délocalisées en imagerie interventionnelle ou cardiologie. La planification du programme opératoire débute par des conseils spécifiques de chaque bloc opératoire le jeudi pour arriver à une finalisation le vendredi en fin de journée. Les "ajouts" sont réalisables sous réserve d'un respect d'une procédure spécifique. Des plans institutionnels de formations sont fournis à tous les professionnels du bloc opératoire ainsi que des formations spécifiques liées à la mise en place de nouvelles techniques, de nouveaux matériels ou de nouvelles recommandations. Une procédure spécifique d'accueil et d'intégration des nouveaux arrivants est en place avec le suivi et la validation du niveau de formation. Les interfaces sont organisées formellement.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
Le management organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les équipes se sont appropriées la maîtrise des différents risques : infectieux, douleur. La check-list est évaluée régulièrement. Des staffs sont régulièrement réalisés dans chaque secteur permettant les échanges entre les différents professionnels et l'actualisation des prises en charge. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont mises en oeuvre et suivies. Les résultats sont communiqués aux équipes.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
L'outil de gestion documentaire de l'ensemble de l'établissement est intégré au système d'information hospitalier. Toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient ont alimenté cette base documentaire. Des fiches techniques ont été mise en place par chaque opérateur permettant de visualiser pour chaque type d'intervention, son déroulement, le matériel nécessaire et les spécificités de l'intervention. Elles sont accessibles en permanence à tous les professionnels intervenant dans la prise en charge. La gestion du matériel au bloc opératoire est effective avec un partenariat constant avec le service biomédical : la maintenance curative et préventive est assurée avec une prise en compte des nécessaires remplacements et suivi des matériels. De nombreuses actions de formation sont en place couplées à une amélioration des compétences : de nouvelles techniques opératoires (robotisation, chirurgie 3D) impactent cette actualisation permanente des connaissances.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
L'organisation mise en place permet une régulation effective de l'activité opératoire. Les dysfonctionnements sont suivis et analysés. Les check-lists sont opérationnelles. La traçabilité est assurée pour l'identitovigilance et les dispositifs médicaux. La coordination inter-services est assurée entre le bloc opératoire et les services d'hospitalisation. D'autres partenariats sont établis avec les différents services supports (stérilisation, pharmacie, laboratoires, imagerie). La traçabilité des DMI est assurée et est conforme.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

Les indicateurs de suivi sont en place et sont suivis régulièrement. Il s'agit des indicateurs MEAH qui permettent la réalisation des tableaux de bord avec des suivis d'activité, de taux d'occupation, de débordement. Sont également pris en compte le taux d'occupation des vacations, y compris les ratios de performance et d'une façon globale le nombre de patient par spécialité. Des indicateurs qualitatifs sont en place avec le suivi des taux de satisfaction, le suivi des dysfonctionnements et/ou des événements indésirables. L'évaluation des pratiques professionnelles s'est faite initialement et avec un suivi sur la préparation cutanée de l'opéré, la check-list, le suivi des fiches d'intervention et l'entretien des salles d'intervention. Les indicateurs IPAQSS DAN 2, ICALIN 2, ICSHA2, ICALISO et ICATB 2 sont relevés et ont entraîné des actions d'amélioration.

A / Agir

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

Des actions d'améliorations ont été initiées et sont abouties, concernant la sécurisation de l'identification des pièces opératoires, la gestion des lits de réanimation en post-opératoire immédiat, l'actualisation du code rouge et d'autres en suivi continu concernant la traçabilité de la visite pré anesthésique, le risque infectieux (aerocontamination, ATNC,...). Des réflexions spécifiques ont été menées concernant la prise en charge des urgences, l'encombrement de la SSPI en bloc viscéral.

Le conseil supérieur des blocs opératoire et la CME analysent les résultats des indicateurs permettant une gestion optimale des plages opératoires, des occupations des salles d'intervention et d'attribution de moyens.

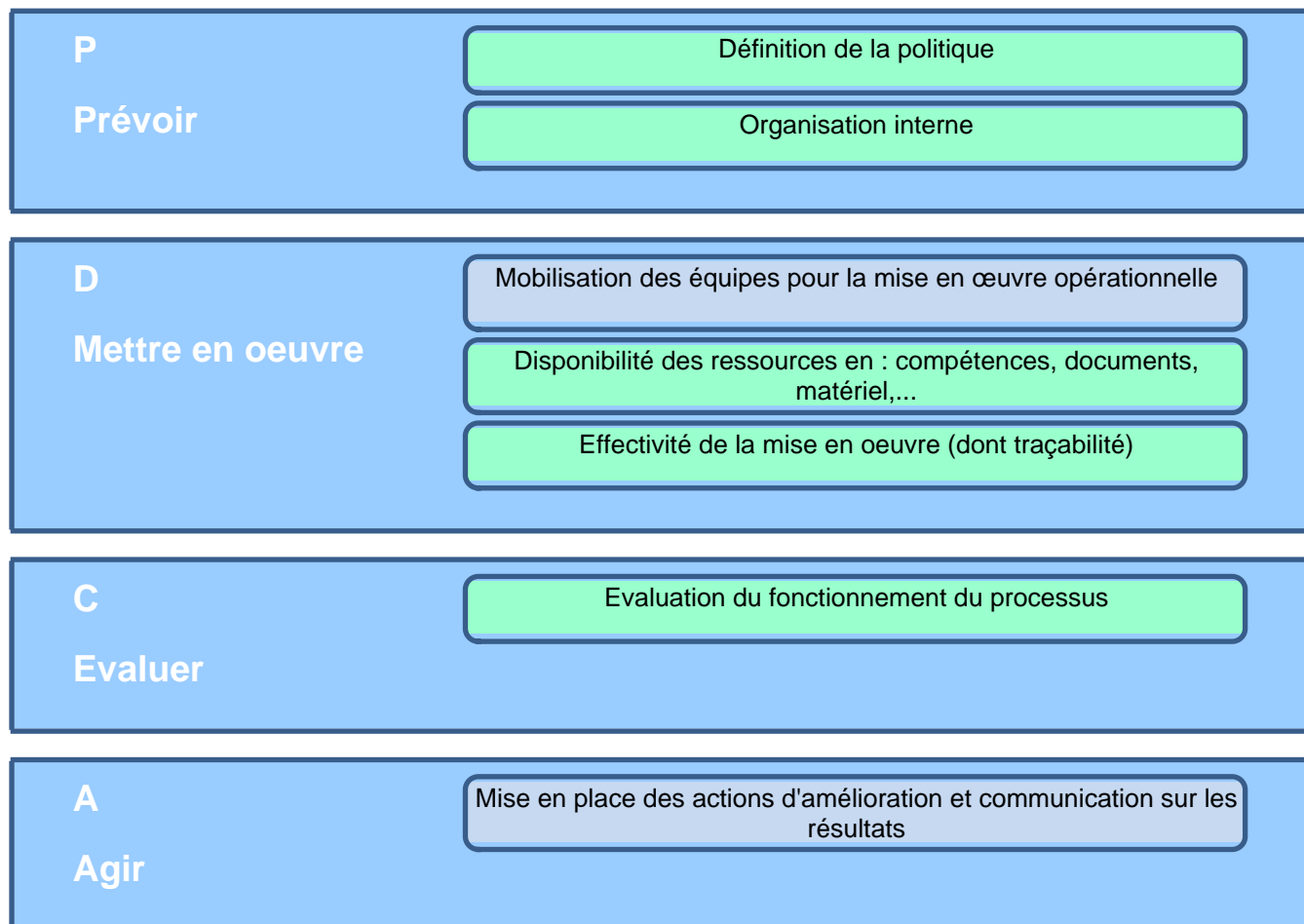
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
L'établissement dispose d'un secteur de radiologie interventionnelle intégré au service de radiologie conventionnelle. Les processus à risques ont été hiérarchisés. Il existe également une salle de radiologie interventionnelle vasculaire. Une analyse du processus a été réalisée par les pilotes et permis de mettre en évidence les dysfonctionnements à toutes les étapes du parcours du patient. Cet audit a été suivi de la réalisation de la cartographie des risques et déterminé un plan d'actions qui a été hiérarchisé et mis en œuvre. Cette démarche d'évaluation des risques à priori a notamment inclus le risque radiologique pour les patients et les personnels.
Organisation interne
L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le médecin chef de service et le cadre supérieur des plateaux techniques en sont responsables. Les responsables médicaux et paramédicaux ont élaboré une charte de fonctionnement qui est en cours de validation. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines (effectif, formation, etc.). Toutes les ressources documentaires sont prévues sur le système intranet de l'établissement (procédures, protocoles). La gestion des interfaces 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
Compte tenu de ses risques et besoins, les responsables du secteur d'imagerie interventionnelle organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Des actions de communication sont réalisées régulièrement par le médecin chef de service et la cadre pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus. Les responsables du service d'anesthésie sont également partie prenante de cette organisation. Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, notamment par des formations régulières. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues en particulier sur la radioprotection des personnels et des patients. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Elles sont identifiées par les responsables avec la participation des professionnels. Un travail continu est réalisé sur l'amélioration de la qualité des interfaces (amélioration des supports, informatisation). La maîtrise des points critiques est assurée par une veille des responsables sur les événements indésirables. Les résultats en sont communiqués aux équipes.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Il existe une adéquation entre les besoins du service et les compétences requises. Un plan annuel de formation est mis en œuvre. Les personnels du service reçoivent des formations continues. Leur effectif permet d'assurer un fonctionnement 24heures sur 24. Le service est équipé de matériels de haute technologie, y compris pour la radioprotection des personnels et des patients. Les ressources documentaires sont adaptées, connues des personnels et facilement accessibles sur le système intranet de gestion documentaire. Les équipements techniques sont adaptés. Le service a adapté ses pratiques à la configuration des locaux mis à sa disposition. Compte tenu de la configuration des locaux, les responsables du service et les anesthésistes ont défini un parcours pré, per et post interventionnel qui assure la sécurité du patient.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues pour le management du parcours du patient hospitalisé ou externe. La régulation et la planification des activités entre externes et hospitalisés permet de garantir la sécurité des patients. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les acteurs sont associés (équipes, instances, patients). La traçabilité inclut les vérifications effectuées (actes, matériels, nettoyage, désinfection, maintenance, contrôles, dosimétrie patients, dosimétrie opérateurs).

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus
--

Il existe un dispositif d'évaluation d'indicateurs quantitatifs (activité, efficience) et qualitatifs (évènements indésirables, évènements significatifs de radioprotection, AES, satisfaction des patients, douleurs per et post interventionnelles).

A / Agir

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée. Sur les 17 actions d'amélioration programmées, 10 ont été menées à bien et sont suivies par des indicateurs.

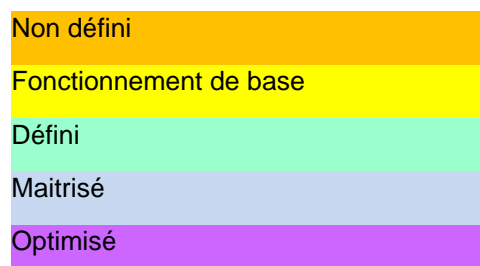
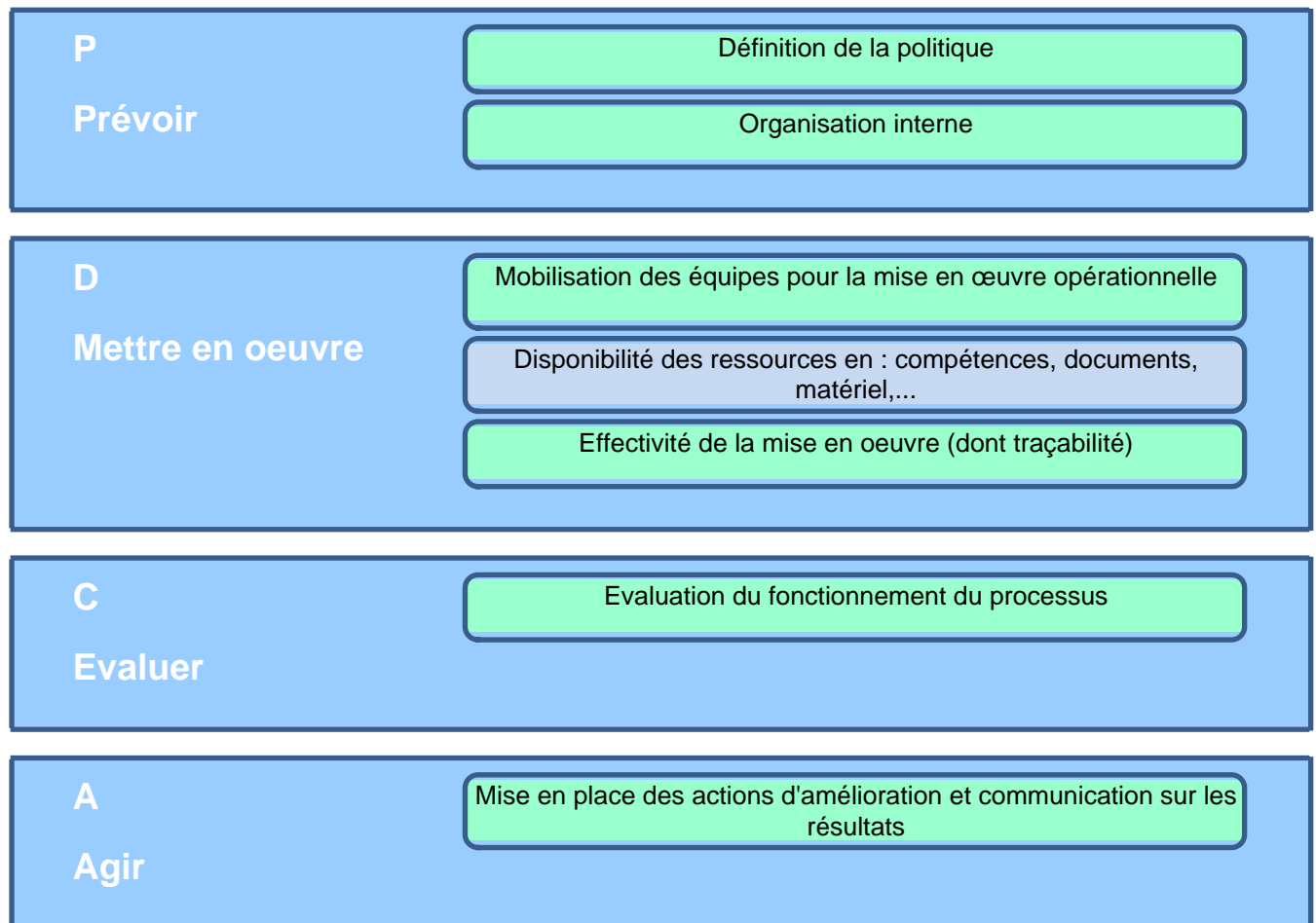
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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 politique
L'établissement a identifié ses besoins en endoscopie et implique plusieurs spécialités : gastro-entérologie, bronchique, ORL et urologique. Les risques ont été recensés et pris en compte pour la réalisation d'une cartographie et la définition d'un plan d'action spécifique. Cette politique, validée par les instances, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les mesures de traitement sont arrêtées. Les ressources et modalités de suivi sont identifiées. L'organisation des filières d'endoscopie a été validée en conseil supérieur des blocs opératoires.
Organisation interne
Le Centre Hospitalier a défini une organisation spécifique selon le type d'endoscopie. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les ressources humaines ont été affectées par secteur avec les formations correspondantes. Le matériel nécessaire à chaque spécialité est en place avec un suivi et une maintenance assurée. Les divers locaux sont conformes et adaptés. La base documentaire est spécifique selon la nature de l'endoscopie. La gestion des interfaces 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
Le responsable de chaque secteur d'activité endoscopique a sensibilisé son équipe aux risques identifiés et spécifiques. Les pratiques ainsi que les formations ont été adaptées en fonction de ces risques. La conformité aux recommandations et aux règles de bonne pratiques (hygiène en particulier) est effective. Les événements indésirables ainsi que les dysfonctionnements sont pris en compte : leur analyse permet la mise en place d'actions correctives. Chaque secteur d'activité endoscopique a mis en place son propre programme de régulation et d'organisation de l'endoscopie.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
La compétence des personnels intervenant dans les secteurs d'endoscopie permet la qualité et la sécurité des prises en charge : une mise à jour continue des connaissances en fonction des nouvelles techniques est assurée. La maintenance préventive et curative des endoscopes est assurée avec une traçabilité de l'utilisation et de l'ancienneté. Ce contrôle est formalisé. Les locaux permettent la réalisation des endoscopies de façon conforme. Une documentation complète et mise à jour est à disposition des professionnels.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
La permanence des soins est assurée, y compris les procédures d'urgence. L'échange d'informations nécessaire à la continuité de la prise en charge est opérationnel. Une traçabilité complète de chaque acte est effective et transcrite dans le dossier patient : horaires, nature du geste, opérateur, constatations et résultats de l'endoscopie, check-list, ainsi que les documents concernant l'identitovigilance, le risque infectieux, etc.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus
Des évaluations régulières sont réalisées pour l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sous forme d'audits d'hygiène, de la check-list, des fiches de liaison, de satisfaction. Des indicateurs quantitatifs sont en place permettant les bilans d'activité.

A / Agir

Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats
Des actions d'améliorations ont été mises en œuvre par secteur d'endoscopie et impliquent de nombreux partenaires : maîtrise du risque infectieux, de la douleur, de l'anxiété. Des améliorations techniques ont

été prise en compte permettant la mise en conformité des zones d'endoscopie.
Des parcours patient sous forme de chemins cliniques ont été réalisés permettant des actions d'améliorations à chaque étape. Une réflexion est débutée en termes de mutualisation de moyens et d'uniformisation des procédures et protocoles.

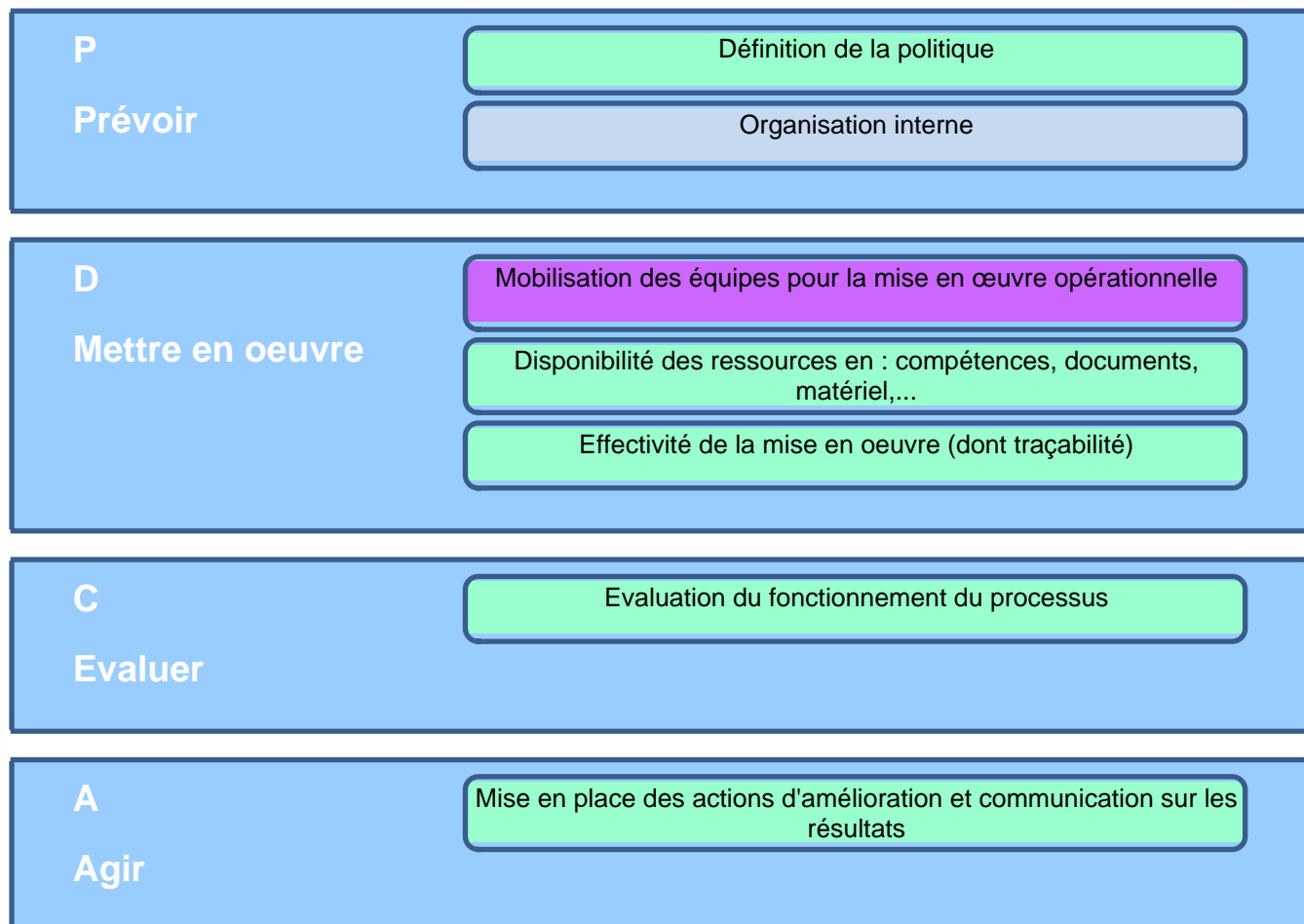
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / Prévoir

Définition de la politique
Le Centre Hospitalier Princesse Grâce bénéficie d'une maternité de niveau IIA qui permet la réalisation d'environ un millier d'accouchements par an. Une évaluation structurée du risque fœto-maternel a été réalisée permettant de définir la politique de prise en charge des parturientes dans ce bassin de population. Cette évaluation structurée du risque fœto-maternel a permis la mise en place de circuits spécifiques de la prise en charge programmée et non programmée avec les moyens humains et matériels nécessaires. La politique est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé.
Organisation interne
Le Centre Hospitalier Princesse Grâce a établi un pilotage du secteur mère-enfant et en particulier pour son secteur de salle de naissance. La responsabilité du secteur a été confiée au médecin chef de service et au cadre de santé référent. Des fiches de poste ont été établies pour chaque professionnel du secteur. Une concertation a été établie avec les autres partenaires de l'environnement de la naissance : anesthésistes, pédiatres, services médico-techniques en particulier en cas d'urgence obstétricale. Les ressources en personnels ont été prévues en fonction des risques identifiés avec une permanence médicale (obstétricien, sage-femme) et paramédicale 24h/24. Les professionnels bénéficient de formations et de mises à jour régulières de leurs connaissances dans le cadre du réseau périnatal piloté par le CHU de Nice. Par ailleurs, un partenariat formalisé a été établi avec le CHU de Nice et permet de définir les modalités de prise en charge des grossesses à risque et les menaces d'accouchements prématurés. Les interfaces permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences. Des indicateurs sont en place au niveau du territoire permettant le suivi d'activité en salle de naissance par les instances internes (Conseil d'Administration, Commission Médicale d'Etablissement) et externe (Agence Régionale de Santé) qui ont validé ce dispositif.

D / Mettre en oeuvre

Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
A partir de l'organisation territoriale et interne validée, le Centre Hospitalier Princesse de Grace a décliné au sein du secteur mère-enfant des objectifs sécuritaires de prise en charge et de plans d'actions opérationnels. Pour y parvenir, des staffs quotidiens pluri-professionnels et pluri-disciplinaires sont en place permettant la continuité des prises en charge et l'identification d'actions correctrices. Des réunions trimestrielles sont organisées pour l'actualisation des connaissances, ainsi que des RMM pour l'ensemble des équipes gynéco-obstétricales, pédiatriques et anesthésiques. Une participation au réseau régional méditerranéen permet le rapprochement des équipes. Les événements indésirables sont recueillis et analysés que ce soit au niveau du secteur mère-enfant ou au niveau institutionnel. En tant que de besoin, le rappel des bonnes pratiques est assuré. Les retours d'expériences sont réalisés lors des staffs multidisciplinaires.
Disponibilité des ressources en : compétences, documents, matériel,...
Les ressources en compétences sont en place ; une formation continue est assurée : elle concerne entre autres, les hémorragies de la délivrance, l'embolie amniotique, la dystocie des épaules, le deuil périnatal. Le dossier obstétrical est déployé et est évalué avec un volet spécifique sur le transfert en néonatalogie. Une base documentaire actualisée et informatisée est accessible en temps utile à tous les professionnels. Les pratiques reposent sur des procédures actualisées et accessibles à tout moment. L'établissement a réhabilité ce secteur avec des locaux et un équipement conforme aux dispositions règlementaires. Toutefois, la disposition architecturale des locaux ne permet pas la proximité entre la zone d'examen et la salle de naissance. Des travaux sont programmés. Dans l'attente, la procédure en place permet la sécurisation de ce circuit. Une procédure institutionnelle de renfort en salle de naissance est en place en cas de suractivité. Une réflexion est en cours sur le circuit de la parturiente. La proximité immédiate du bloc opératoire et de la salle réservée pour les césariennes permet la sécurité complète du dispositif. La maintenance est assurée et tracée.
Effectivité de la mise en oeuvre (dont traçabilité)
La traçabilité est en place avec des check-lists conformes et validées pour ce secteur à risque. Elles concernent l'ouverture des salles de naissance, la vérification du matériel et sa maintenance, les interventions de nettoyage et de désinfection après chaque naissance et quotidienne. Les interfaces entre les secteurs (bloc opératoire, anesthésie, pédiatrie) sont opérationnelles. Une coordination avec les autres partenaires de l'environnement de la naissance et un échange d'information permettent la maîtrise du risque. Les tableaux de garde sont accessibles et actualisés permettant en temps utile une prise en

charge optimale.

C / Evaluer

Evaluation du fonctionnement du processus

Les indicateurs sont recueillis (IPAQSS) et pris en compte : une amélioration significative des résultats a été obtenue. D'autres indicateurs sont régulièrement suivis (taux de césarienne particulièrement faible, taux d'accouchement par voie basse y compris spontané). Des EPP sont en cours avec la tenue du dossier, la traçabilité peau à peau en salle de naissance, l'identification du nouveau né et des RMM chaque fois que nécessaire. Un rapport annuel d'activité est présenté aux instances.

A / Agir

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

Des plans d'action ont été mis en place avec des résultats immédiats : mise à jour du code rouge avec une évaluation en cours, amélioration des dossiers de liaison. Un travail spécifique a été mené sur les hémorragies du post-partum permettant une amélioration significative des résultats des indicateurs. La communication est en place avec la transmission régulière des résultats auprès des équipes.