



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HOPITAL PRIVE CANNES
OXFORD**

**33 boulevard oxford
06400 Cannes
NOVEMBRE 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	48

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD	
Adresse	33 boulevard oxford 06400 Cannes
Département / région	ALPES-MARITIMES / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens		GCS DE STERILISATION DES ALPES MARITIMES	256 avenue michel jourdan 06152 CANNES
Entité juridique	060000221	CLINIQUE INTERNATIONALE DE CANNES - GROUPE DOMUSVI	33 boulevard d'oxford 06400 CANNES
Etablissement de santé	060021417	HOPITAL PRIVE CANNES OXFORD	33 boulevard oxford 06400 Cannes

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	58	45
MCO	Chirurgie esthétique	4	/
MCO	Médecine	33	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Oui
Regroupement / Fusion	/

Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en endoscopie
FONCTIONS SUPPORTS

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Homme	Médecine	ponction d'ascite	Programmé - HC	Simple	MCO
2	Femme	Chirurgie	PTH	Programmé - HC	Simple	MCO
3	Femme	Chirurgie ambulatoire	cataracte	Ambulatoire	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

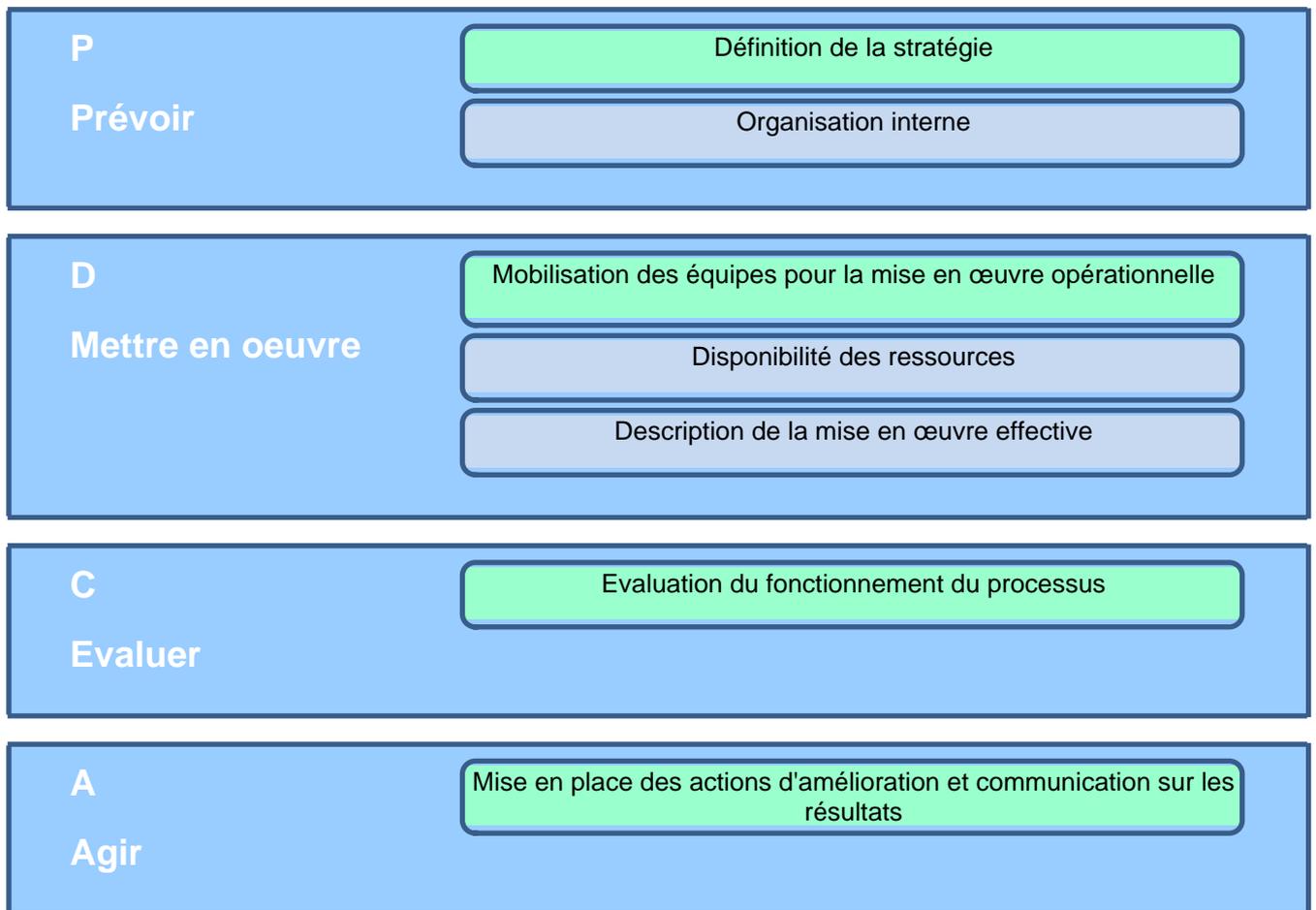
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de management de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins de l'hôpital privé Cannes Oxford est inscrite dans les orientations stratégiques et portée par le management ; elle prend en compte :

- Le Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) qui aborde plusieurs aspects de la qualité : prévention veille et sécurité sanitaire, santé environnementale, plan blanc, amélioration ou renforcement de la qualité et la sécurité des soins, prérequis d'hôpital numérique.

- Les objectifs du CPOM définis au cours de sa réunion du 11/04/2012, et validés par la conférence médicale d'établissement (CME).

- La charte qualité du groupe qui énonce plusieurs aspects liés à la thématique de management de la qualité/gestion des risques : garantir la sécurité des personnes et des biens, promouvoir la bientraitance des patients, développer une culture qualité et sécurité des soins, généraliser l'évaluation des pratiques professionnelles et organisationnelles.

- Le projet médical (prorogé 2017-2018) qui comporte un chapitre concernant la qualité et la sécurité des patients.

Dans le document « politique qualité et gestion des risques 2016–2019 », la déclinaison de la politique se fait en quatre objectifs :

- renforcer l'implication des professionnels au quotidien dans le dispositif d'identification, d'analyse et de hiérarchisation des risques,

- promouvoir l'évaluation et l'amélioration des pratiques,

- permettre aux professionnels de santé et aux usagers de disposer de toutes les données et outils nécessaires à la définition, à la mise en place et au suivi d'actions,

- développer la culture qualité et gestion des risques en optimisant la communication auprès des professionnels et des usagers.

Ces objectifs principaux sont eux-mêmes subdivisés en « sous-objectifs ».

Le rapport de la commission des usagers (CDU) 2015 traite certains aspects liés à la politique de la qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes : plaintes et réclamations, satisfaction, accès au dossier médical, accès à l'information, recommandations, qualité de la prise en charge et de l'accueil des personnes, directives fin de vie.

La CME a participé à l'enrichissement de la cartographie des risques, notamment ceux qui sont en lien avec les secteurs cliniques, au cours des réunions de ses différentes sous-commissions : CLIN, CLUD, COMEDIMS..., lors de sa réunion plénière du 07 mars 2016. Elle était sollicitée pour le bilan d'activités de l'année 2015. A cette occasion, la CME a participé effectivement à la redéfinition de la politique qualité gestion des risques (2016-2019) en faisant des propositions concrètes dans différents processus : parcours du patient, droits des patients, dossier patient, management de la qualité et des risques. Ces propositions ont été retenues au niveau de l'établissement. Les risques identifiés dans le compte qualité dans les différentes thématiques constituent le programme d'amélioration qualité global de l'établissement.

La participation des représentants des usagers à la politique qualité est prévue par le biais de la CDU.

Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui décline la politique, prend en compte les éléments attendus, il est validé par les instances concernées. Ce programme est connu des personnels.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter et coordonner le processus. Cette organisation est décrite dans le schéma organisationnel « organigramme qualité et gestion des risques ».

Cette organisation se déploie à partir des instances sommitales (comité de direction groupe), du directeur et du président de la CME de l'établissement, du comité de direction (CODIR) qui assure le pilotage stratégique du processus management de la qualité et des risques. Membre de ce COPIL, la directrice assure la responsabilité institutionnelle.

Un groupe de travail de la thématique a été constitué sur appel à volontariat. Celui-ci est pluridisciplinaire.

Un comité de vigilances et des risques complète cette organisation.

La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est assurée par la responsable qualité.

Un coordinateur de la gestion des risques associés aux soins a été nommé ; il exerce par ailleurs les

fonctions de médecin DIM.

Les fonctions de pilotes opérationnels sont dévolues à la directrice des soins infirmiers et à la responsable qualité. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste ou fiches de missions. Des professionnels sont référents au niveau de leur secteur, comme par exemple l'IDE référent du logiciel métier, les IDE référents d'identitovigilance, les IDE référents douleur, l'aide-soignant référent « qualité de vie au travail ». S'agissant du domaine spécifique du management de la qualité et des risques, par exemple, une fiche de fonction définit le périmètre des attributions de la responsable assurance qualité et gestion des risques, du coordinateur de la gestion des risques associés aux soins.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines requises, et ce, au niveau de chaque secteur d'activité clinique ou non clinique.

Le plan annuel de formation est élaboré à partir des souhaits des salariés, des besoins de l'établissement, en fonction de ses obligations légales et réglementaires. Des formations du personnel sur la thématique qualité gestion des risques sont planifiées.

Les locaux, le matériel et les équipements sont prévus pour la réalisation de la prise en charge dans tous les secteurs : cliniques, administratifs, logistiques... Des projets existent en la matière : acquisition d'un PC pour les aides-soignants et acquisition d'un logiciel de management de la qualité et gestion des risques.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

L'établissement a élaboré un plan blanc.

Le système documentaire (procédures, protocoles, modes opératoires, fiches techniques, etc.) est à ce jour sous format informatique et sous format papier (classeur « le lutin » par exemple).

La gestion des interfaces est organisée : réunions, référents, pilotes, responsables..., ce qui permet la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

Les différents éléments du système de management de la qualité/gestion des risques (CODIR, groupes de travail par thématique, vigilances, sous commissions de la CME, instances réglementaires...) sont prévus pour permettre une « vision croisée » des acteurs et faciliter la gestion des interfaces.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'identification des risques de chaque thématique a été réalisée par un groupe de travail pluridisciplinaire, l'objectif visé étant la participation du plus grand nombre à l'élaboration du plan d'amélioration de la qualité, et la mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité. Cette approche participative concourt à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans les démarches qualité et sécurité des soins.

Avec l'aide des pilotes opérationnels des différentes thématiques et des référents des instances, comités et groupes de travail, les pilotes opérationnels déploient la démarche institutionnelle de manière adaptée à chacun des secteurs d'activité. Le personnel a été formé à la démarche d'évaluation des risques a priori, a posteriori, avec hiérarchisation. Selon les besoins et les risques spécifiques, les équipes développent des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Les différents responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés au niveau du programme d'amélioration de la qualité global qui inclut le Programme d'Amélioration de la Qualité et Gestion des Risques liés aux Soins. La stratégie de l'établissement vise à faire participer les professionnels aux différents groupes de travail et instances qualité, ce qui soutient leur motivation et favorise leur implication dans la démarche, ainsi que la communication interne.

Les pilotes opérationnels sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur les processus au niveau des différents secteurs d'activité.

Au niveau local, les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux recommandations de bonnes pratiques, à la réglementation, au respect des protocoles, aux actions d'amélioration issues des résultats d'enquêtes et d'audits, du suivi des indicateurs. Ceci est facilité par un management quotidien et de proximité.

Des actions correctives sont prévues en cas de besoin : dysfonctionnement, baisse des indicateurs, Événement Porteur de Risque (EPR), Événement Indésirable Grave (EIG), etc.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Au niveau des ressources humaines, le personnel nécessaire à la réalisation de la prise en charge est en place, tant au niveau des effectifs que des compétences. La formation tient une grande place dans l'établissement. L'ensemble du personnel est formé (a minima) à la démarche qualité de l'établissement (la gestion des risques ou encore l'utilisation de la gestion documentaire et l'analyse des FEI).

Des formations sur le thème de la qualité gestion des risques sont réalisées en intra par la responsable qualité/gestion des risques. D'autres formations sont réalisées en inter établissements.

Des formations plus "avancées" sont assurées pour les cadres et les personnels ayant une participation dans un groupe de travail ou au sein d'une instance (ex : la formation « décrire, analyser ses processus-préparation du compte qualité »).

L'établissement est à ce jour adapté aux activités autorisées : locaux, matériels et équipements logistiques.

Le matériel et les équipements des blocs opératoires répondent aux besoins des professionnels médicaux et paramédicaux.

Un suivi de la maintenance préventive et curative est réalisé, sous forme de tableau de bord, de courbes, d'histogrammes, de suivi d'indicateurs (température...).

Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, fonctionnement des postes informatiques...

Le système documentaire est connu des utilisateurs ; il est opérationnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. La démarche d'évaluation des risques a priori est appropriée, opérationnelle, permettant la hiérarchisation des risques et la détermination des modalités de leur traitement.

La déclinaison du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est opérationnelle.

La démarche est opérationnelle dans les différents secteurs. Le plan d'actions de la qualité et de la sécurité des soins permet de recenser toutes les actions de démarche qualité et de sécurisation de la prise en charge.

Le signalement des événements indésirables se fait sous format informatique.

Il existe un dispositif de gestion des événements indésirables approprié et opérationnel permettant une analyse des causes notamment profondes, selon une méthodologie adaptée (REX, ORION, ALARM), et associant les acteurs concernés.

Les FEI sont adressées directement au professionnel en charge du processus concerné avec copie à la responsable qualité.

Des retours d'expériences sont organisés afin de déterminer les causes profondes pour les événements indésirables le nécessitant. Les signalements liés aux vigilances réglementaires sont effectifs.

Le CODIR qualité/gestion des risques est articulé avec la CDU notamment pour l'examen des plaintes et des réclamations. Les plaintes et les réclamations arrivent à la direction. La CDU examine de son côté les plaintes et réclamations et peut être sollicitée dans le traitement de la plainte.

La participation des représentants d'usagers à l'élaboration et la mise en œuvre de la politique d'amélioration qualité / sécurité des soins, est effective. Les représentants des usagers sont dans une démarche proactive. Par exemple, ils ont fait intervenir en mars 2016 « la maison des usagers » pour une sensibilisation des patients et du personnel sur le rôle des représentants des usagers et les droits des usagers. De même, les bénévoles de l'association « rebond 06 » visitent les patients hospitalisés en cancérologie.

Les EPP sont déployées dans les services cliniques et traitent des principales problématiques liées aux soins. L'engagement des professionnels est effectif (notamment RMM et RCP dans les secteurs concernés). Tous les contrôles et actions d'amélioration liées aux aspects réglementaires sont opérationnelles.

Le plan blanc de la clinique est opérationnel. Celui-ci a été activé en juillet 2016 par les autorités du département. Des alertes permettent des simulations.

Une partie de la maintenance préventive et curative est réalisée par les services techniques de l'établissement. Compte-tenu du caractère réglementaire et/ou technique, les contrôles ou maintenances préventives et curatives sont réalisées par des sociétés prestataires par le biais de contrats, par exemple : le système de sécurité incendie, les extincteurs, les ascenseurs...En matière de suivi, de maintenance préventive et curative, la traçabilité est assurée sous forme de tableau de bord, de courbes, d'histogrammes, de suivi d'indicateurs (température...).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Il existe par exemple un

cahier entre les services techniques et les secteurs pour les demandes de travaux.
La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

La coordination des dispositifs de vigilances revient au coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, et la veille sanitaire ainsi que la gestion globale de la qualité et des risques sont attribuées à la responsable qualité.

D'autres documents attestent du fonctionnement du système de management de la qualité : fiches de retour d'expérience, tableau de bord des indicateurs, tableau de bord des EPP, questionnaires de satisfaction des patients...

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations du processus sont réalisées par l'encadrement et/ou en équipe, ce qui permet d'assurer le suivi des actions d'amélioration (audits, bilans annuels d'activité, RMM, RCP...).

Les évaluations des plans d'actions sont réalisées par le CODIR qualité gestion des risques avec la participation des professionnels impliqués dans les instances ou groupes de travail.

Au niveau des services cliniques, le suivi se fait sur la base d'indicateurs nationaux (IQSS) et/ou d'indicateurs propres à l'établissement. Des indicateurs internes concernant certaines thématiques figurent dans le compte qualité et sont suivis.

Pour les autres services comme par exemple le service logistique, des indicateurs internes sont suivis : le suivi de la température de l'eau chaude sanitaire, le planning des maintenances préventives, le planning de suivi des contrôles réglementaires...

La satisfaction des usagers est évaluée par le biais du questionnaire de sortie.

L'évaluation de la satisfaction des usagers se fait en lien avec la CDU lors de ses réunions institutionnelles.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration retenues au compte qualité portent sur : la promotion du signalement, la gestion des alertes sanitaires, la formation aux outils de la gestion des risques et la communication sur le développement de la culture de sécurité.

Les actions d'amélioration mises en œuvre ou programmées constituent le programme d'actions institutionnel. Celui-ci est réajusté en fonction des résultats.

Des supports et modalités de diffusion sont établis : par le logiciel de gestion documentaire et format papier.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Le personnel est tenu au courant de l'avancée des plans d'amélioration au cours des différentes réunions de travail, par le biais de l'affichage, de la « lettre qualité », de la réalisation en 2016 d'une bande dessinée traitant de l'administration des médicaments à l'hôpital...

La diffusion en direction des usagers se fait essentiellement par voie d'affichage au sein de l'établissement ou par le biais du site WEB de l'établissement, qui renvoie au site web de scope santé (indicateurs qualités) ou de la HAS (résultats des certifications).

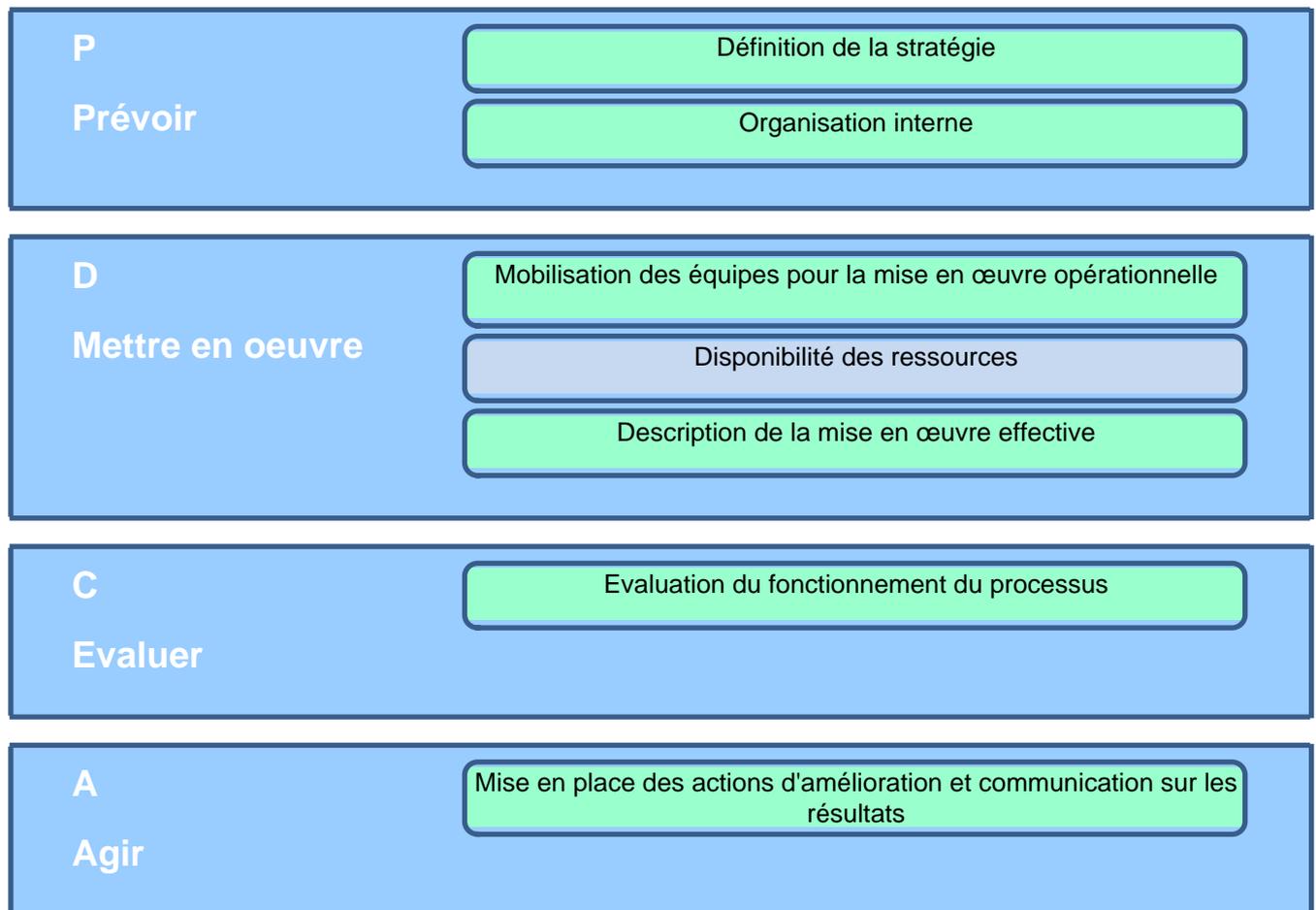
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 STRATÉGIE

L'établissement a défini sa stratégie de maîtrise du risque infectieux dans son projet d'établissement 2016-2019, dans sa politique qualité et dans la charte qualité du groupe, en lien avec le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, la pharmacienne, et l'IDE hygiéniste.

Cette politique, validée par les instances concernées, s'organise autour de 4 axes :

- Développer la prévention des infections associées aux soins tout au long du parcours de santé en impliquant les patients
- Renforcer la prévention et la maîtrise de l'antibiorésistance dans l'ensemble des secteurs de soins
- Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé
- Répondre à problématiques internes liées à la maîtrise du risque infectieux.

Une analyse des risques a été réalisée selon une cartographie ancienne, réactualisée avec une méthodologie définie sur la base d'une identification des besoins, du contexte (présence de secteurs et d'activités à risques), des missions, des indicateurs nationaux et internes de lutte contre les infections nosocomiales, de la veille réglementaire, du PROPIAS.

Cette analyse a permis d'identifier des objectifs prioritaires portant sur la traçabilité de la ré évaluation de l'antibiothérapie à 72 heures, sur le défaut de compliance des consignes de prévention, sur les transmissions croisées, sur le défaut de remplissage de la fiche de détection de la maladie de Creutzfeld Jacob et sur les accidents d'exposition au sang.

Ces risques identifiés et priorisés dans le compte qualité, ont fait l'objet d'actions d'amélioration construites en mode projet et intégrées dans le programme d'amélioration qualité global institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

L'EOH, le coordonnateur de la gestion des risques, la pharmacienne assurent le pilotage du processus lié au risque infectieux. Leurs missions sont formalisées. Les professionnels disposent de fiches de poste (Ide EOH, praticien hospitalier hygiéniste, référent antibiotique, cadre de bloc, cadre supérieure de santé, et la gouvernante). Il existe des référents hygiène (2 par étages du bloc, 1 chirurgien de la main, 1 Ide en ambulatoire et 1 Ide de nuit).

Le CLIN existe depuis 1998.

Les conditions d'hygiène optimale des locaux sont organisées avec l'EOH, en lien avec la direction de l'établissement.

Les ressources humaines répondent aux besoins de l'institution et des prises en charge.

Des actions de formations d'hygiène hospitalière, de bonnes pratiques de bio nettoyage ainsi que celles de bon usage des anti infectieux sont organisées en interne par l'EOH et la pharmacienne. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation dès leur entrée.

Les équipements de protection et matériels utiles et nécessaires à la prévention du risque infectieux sont prévus.

Un dispositif de mise à jour et de rédaction des procédures et protocoles en nombre est coordonné par le CLIN, l'EOH et la qualité. Ces documents sont mis à disposition des professionnels dans le logiciel de gestion documentaire.

L'EOH et le CLIN veillent à la gestion des interfaces et des circuits afin de coordonner la maîtrise du risque infectieux entre professionnels et secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables médicaux et soignants déclinent la démarche selon les secteurs d'activité (bloc opératoire, endoscopie, médecine, chirurgie, oncologie).

Les référents hygiène, l'encadrement, et l'EOH sont les relais auprès des équipes ; ils sensibilisent celles-ci aux risques identifiés par des actions de communication et d'information régulière. De très nombreux audits soit programmés, soit ponctuels, permettent de s'assurer des bonnes pratiques (autour du bio

nettoyage, de la prise en charge par les brancardiers, du sondage urinaire, des pansements, de la check List, des cathéters veineux périphériques, l'utilisation de l'unité mobile de protection).

Une RMM a été réalisée en septembre 2016 suite à deux évènements en ophtalmologie.
Des actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels en tant que de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe de prévention des risques infectieux associe l'IDE hygiéniste, le praticien hospitalier hygiéniste et les référents hygiène des secteurs d'activité.

La formation auprès des professionnels tant médicaux que soignants est réalisée principalement en interne par l'Idé hygiéniste, sur les thématiques de préventions en lien avec les activités de l'établissement.

Une sensibilisation à l'hygiène est assurée aux professionnels lors de leur entrée dans l'établissement, ainsi qu'aux nouveaux médecins, avec en plus les règles d'antibiothérapie applicables dans l'établissement. Un médecin anesthésiste est référent antibiotique. Une Hot Line est en place avec le CHU de Nice et PACA Est en cas de problématique liée aux antibiotiques qui est très utilisée. Un travail est en cours avec un infectiologue du CH de Cannes.

Les documents qualité relatifs à l'hygiène (précautions standard et complémentaires, conduite à tenir en cas d'AES, isolement et maîtrise du clostridium, dépistage des patients porteurs de germes multi résistants, levée de précautions, livret d'antibiothérapie adulte, transmissions croisées....) sont mis à disposition des professionnels dans la base de gestion documentaire.

Des documents avec des consignes relatives à l'hygiène sont remis aux patients (livret sur les cataractes, livret pos opératoire dans le cadre d' SOS mains sur les BMR, recommandations d'hygiène avant une hospitalisation en ophtalmologie, précautions d'hygiène à domicile afin d'éviter la transmission de BMR à l'entourage...).

Les matériels nécessaires à la prévention et la maîtrise du risque infectieux sont en place (chariot de bio nettoyage, unité mobile de protection,....)

La surveillance ISO est en place avec extraction des actes et enquête auprès des praticiens sur les évènements identifiés. Malgré une stérilisation externalisée, une désinfection/décontamination est réalisée sur place avec un premier lavage des instruments par un laveur désinfecteur thermique.

Un calendrier de prélèvement est en place au bloc opératoire avec un prestataire extérieur.

Un plan de surveillance et de maintenance en lien avec les services technique est effectif, le suivi également. Une pompe « acqua process » permet la destruction des légionnelles au moyen d'ondes. La formation et le suivi des légionnelles est effectif.

Un suivi est réalisé auprès du prestataire du linge ainsi qu'auprès de la gestion des déchets (y compris les déchets anatomiques).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures de gestion du risque infectieux.

Les vérifications terrain ont confirmé que les professionnels développent les actions de prévention et de surveillance validées par le CLIN. Les circuits logistiques du linge et des déchets sont respectés.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, entre les services de soins et le laboratoire, la traçabilité des actions de préventions et les précautions mises en place sont tracées dans le dossier.

La surveillance des infections nosocomiales porte sur les infections à germes multi résistants aux antibiotiques, les infections du site opératoire notamment. Les résultats de la surveillance sont présentés et débattues en équipe.

La traçabilité de la ré évaluation de l'anti thérapie à 72 heures est effective, a fait l'objet d'une EPP, est suivie par la pharmacienne. Le dernier audit fait état de 85% de conformité.

La surveillance environnementale, de la qualité de l'air, de l'eau, des légionnelles dans le réseau, de l'identification du Creutzfeld Jacob, des circuits (linge, déchets) de l'hygiène des locaux est en place et suivie par l'EOH et le CLIN.

Des EPP sont menées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De très nombreux indicateurs sont suivis par l'EOH et le CLIN : indicateurs nationaux (ICALIN, ISO, ICSHA, BMR, ICATB, SARM) ; indicateurs internes (taux de vaccination, d'AES, nombre de BMR, nombre d'ISO...).

De nombreux audits sont réalisés : sur les bonnes pratiques d'hygiène dans les soins (pansement, sondage urinaire...), bio nettoyage, respect des précautions complémentaires et standard, bonnes pratiques d'hygiène du brancardage, des temps de désinfection, etc.

Un bilan annuel des actions et le programme de l'année suivante est présenté aux instances par le CLIN.

Des EPP sont menées : qualité de la prescription d'antibiotique dans le cadre de l'infection urinaire, de la conformité de la ré évaluation à la 72ème heure, pré désinfection au bloc, etc.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont identifiées après analyse par le CLIN suite aux résultats des audits, enquête, et sur l'évolution des indicateurs. Ces actions sont intégrées dans le programme d'amélioration qualité global institutionnel.

Les résultats des indicateurs sont communiqués en interne aux professionnels par l'encadrement, l'EOH, les référents. Ils sont affichés dans les salles de soins, publiés dans la lettre qualité et remis ensuite dans un « lutin » pour archivage.

La communication externe est assurée par l'affichage des résultats (indicateurs nationaux) aux usagers et lors des instances (CDU), par benchmark avec les autres cliniques du groupe.

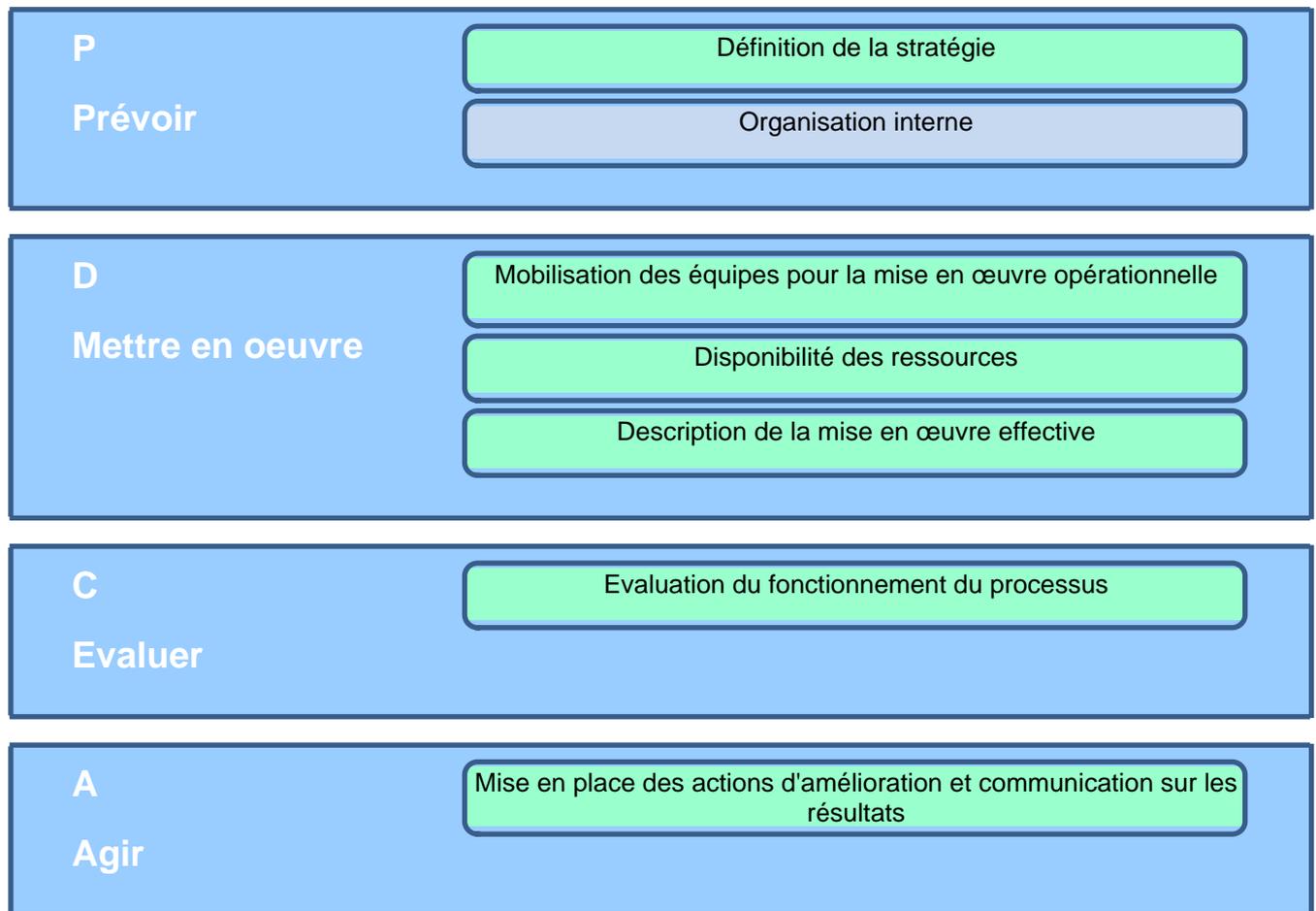
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique des droits des patients 2016-2019 a été formalisée à partir de différentes données institutionnelles :

- La charte qualité du groupe qui comporte deux dispositions en lien direct avec les droits des patients : « Assurer le respect des droits des patients », « Promouvoir la bientraitance des patients ».
- La « charte bientraitance » élaborée par l'établissement, et qui porte entre autres points sur l'information du patient sur son état de santé et les soins proposés, le consentement et la participation du patient, le respect de la dignité et de l'intimité du patient, le respect de la confidentialité des informations relatives au patient, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage.
- Le livret d'accueil qui informe le patient sur certains aspects liés au processus « droits des patients » : la bientraitance, les directives anticipées, l'information et le consentement éclairé, la personne de confiance, le secret médical.

La politique « droits des patients » est déclinée en trois objectifs : conditions de séjour adaptées au patient, prescription de toute restriction de liberté, et respect de la réglementation en matière d'accès du patient (ou ayants droit) à son dossier.

Un groupe de travail a évalué les risques et les besoins en matière des droits des patients, une cartographie des risques à toutes les étapes de la prise en charge a pu être établie.

Les principaux risques identifiés en matière de droits des patients sont : défaut de signature des documents nécessaires à la vérification du consentement du patient ou du mineur à l'entrée du patient, prestations proposées au patient inadaptées, insuffisantes, insatisfaisantes, non-respect des délais réglementaires dans le cadre de la transmission du dossier patient, contention sans traçabilité de la ré évaluation du bénéfice / risque, fugue d'un patient Alzheimer / atteint de démence.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé, présenté dans le compte-qualité et dans le Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins pluriannuel, à la thématique droits des patients.

Deux représentants des usagers ont participé au groupe de travail pour l'élaboration de la cartographie des risques « droits des patients ». De manière générale, la participation des représentants des usagers est prévue tant au niveau des réunions de l'instance que pour des actions ponctuelles.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La directrice de l'établissement assure les responsabilités des droits des patients. Néanmoins, le pilotage opérationnel a été confié à la directrice des soins et à la responsable qualité.

Les rôles et responsabilités sont identifiés. Par exemple, l'établissement a élaboré une fiche de fonctions pour le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins et la directrice des soins.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins. Les effectifs du personnel sont prévus pour une prise charge adaptée respectant les droits des patients. La formation des professionnels est prévue sur différents éléments en lien avec les droits des patients : comme par exemple la formation « l'expression de la volonté des patient », « l'application de la loi Léonetti ».

De manière plus large, une sensibilisation de l'ensemble du personnel est prévue en interne.

Il est prévu que les chambres doubles soient équipées de rideaux afin de préserver l'intimité du patient au moment des soins.

Dans le service de chirurgie ambulatoire, des box et rideaux sont prévus pour préserver l'intimité des patients.

L'établissement a prévu les ressources documentaires nécessaires à la réalisation du respect des droits des patients (procédures, protocoles, chartes...).

Il existe un dispositif d'information du patient sur son état de santé, et les soins proposés.

De même il est prévu une procédure concernant l'information en cas de dommage lié aux soins.

Différentes fiches (papier) sont prévues pour : le recueil du consentement éclairé, la désignation de la personne de confiance, etc...

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité cliniques et non cliniques. Le coordinateur de la gestion des risques associés aux soins, la directrice des soins et la responsable qualité en sont les principaux acteurs.

Les droits des patients sont interfacés avec les autres processus de prise en charge des patients

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les pilotes opérationnels interviennent auprès des équipes afin de les sensibiliser sur les risques de non-respect des droits des patients.

Ce pilotage permet un déploiement homogène de la méthodologie, de la formation et de la sensibilisation de l'ensemble des acteurs concernés : praticiens, personnel soignant.

La sensibilisation se fait par des échanges réguliers notamment lors des réunions des groupes de travail, les réunions de service, « la lettre qualité », lors des transmissions, par voie d'affichage, etc.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Ils organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels concernant par exemple les actions de promotion de la bientraitance, prévention des risques de maltraitance, respect de la confidentialité des informations.

En cas de dysfonctionnement des actions d'amélioration sont identifiées et programmées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel est en nombre suffisant pour assurer le respect des droits des patients. Dès le recrutement, la grille d'entretien d'embauche comporte un chapitre sur la relation avec le patient (loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade).

En 2014, une formation DPC sur la bientraitance a été réalisée à l'intention des aides-soignants.

Un dispositif de formation par modules et par e-learning sur le processus droit des patients a été mis en œuvre. L'établissement déploie des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance comme par exemple : « la chambre des erreurs » qui comprend des éléments liés aux droits des patients.

Les conditions d'hébergement permettent le respect de l'intimité des patients. Dans les chambres doubles des rideaux sont en place. En chirurgie ambulatoire, le service dispose de box et de rideaux pour assurer le respect de l'intimité des patients.

Divers documents en lien avec les droits des patients sont disponibles (format électronique et format papier). Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées. La fiche de signalement des événements indésirables est à la disposition des professionnels sur l'outil de gestion documentaire.

Il existe un dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés. En ce qui concerne la démarche structurée d'information en cas de dommage lié aux soins, celle-ci est prévue dans la procédure « Annonce d'un dommage associé aux soins ».

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. L'information des patients sur leurs droits et les missions de la CDU se fait concrètement par le biais de livret d'accueil. Celui-ci inclut la charte de la personne hospitalisée.

La charte de bientraitance de la clinique ainsi que de la personne hospitalisée sont affichées dans l'établissement.

Un formulaire papier est utilisé pour la désignation de la personne de confiance. Celui-ci est ensuite scanné pour être annexé au dossier informatisé.

Le respect de la dignité et de l'intimité des patients lors des soins, y compris les soins d'hygiène et dans les conditions d'hébergement est effectif par l'usage de rideaux en chirurgie ambulatoire et dans les chambres doubles.

Un matériel de contention adéquat est utilisé par les professionnels lors des prescriptions de contention.

Dans les situations qui le justifient, il est mis en place un accueil personnalisé (horaires de visites adaptés, lit d'appoint, plateaux repas).

Un livret « décès » a été rédigé en groupe de travail avec la participation des représentants des usagers. Ce livret est dédié aux proches des patients décédés.

Une organisation et des pratiques permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont effectives comme par exemple l'orientation des écrans des ordinateurs portables ou la non divulgation de présence d'un patient.

Les projets de prise en charge, l'organisation et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles. Différentes procédures sont mises en œuvre : contention, consentement éclairé, personne de confiance, directives anticipées.

Les brancardiers mettent en œuvre la procédure « brancardage des patients » qui prévoit des dispositions en matière d'intimité, de confidentialité. Le refus de soin fait l'objet d'échange entre le médecin, le patient et/ou l'entourage et le résultat est tracé dans le dossier du patient.

Le patient et éventuellement son entourage participent à l'élaboration et à la réalisation du projet personnalisé de soins.

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (fiche de liaison entre bloc opératoire et service d'hospitalisation).

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, la traçabilité est effective dans le dossier du patient. Cette effectivité a été vérifiée au travers des patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement réalise régulièrement des évaluations portant sur le respect des droits des patients. Ainsi, le questionnaire de sortie hospitalisation comporte une rubrique de sept items sur le respect des droits des patients. L'établissement a mis en place une « EPP bientraitance ». Plusieurs audits ont été réalisés : connaissance des bonnes pratiques de contentions, respect du protocole contentions, présence de l'autorisation d'opérer signée par les deux parents, présence du consentement dans les dossiers, présence de la personne de confiance et de la personne à prévenir...

Par ailleurs, l'établissement fait une évaluation annuelle du fonctionnement du processus "droits des patients".

Le suivi de la mise en œuvre se fait sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Dans le compte qualité, parmi les indicateurs retenus (entre autres) pour la thématique droits des patients on trouve :

- IQSS MCO : Mention de l'identité de la personne de confiance,
- Auto évaluation sur l'annonce d'un dommage associé aux soins,
- Consentements signés dans les dossiers,
- Taux de satisfaction du patient sur le thème "Droit des patients",
- Taux de remise du livret d'accueil... ».

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif sont mises en place au regard des résultats obtenus. Elles sont intégrées avec le programme d'amélioration qualité institutionnel, dans lequel sont retrouvées les actions d'amélioration suivantes, par exemple : réviser la procédure des contentions, rappeler les bonnes pratiques de prescription des contentions, réaliser des formations sur les droits des patients en adéquation avec les besoins identifiés...

Les actions d'amélioration sont en cohérence avec les risques identifiés.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

Des supports et modalités de diffusion en direction du personnel sont établis (affichage, « la lettre qualité », l'outil de gestion documentaire...). Pour les usagers, la communication se fait par le biais du livret d'accueil, par voie d'affichage et sur le site WEB de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

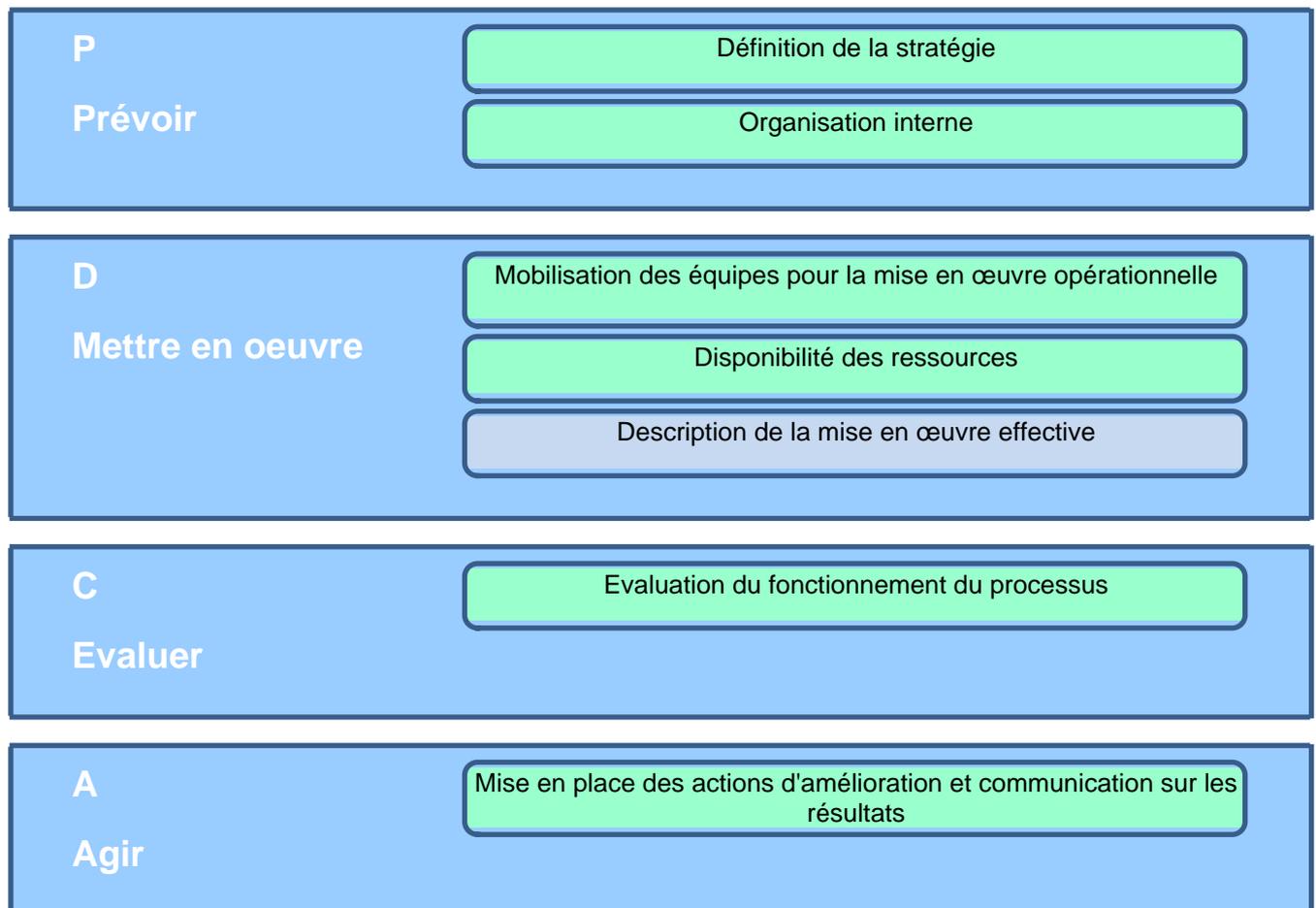
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de prise en charge des patients répond aux besoins de la population. L'établissement est clairement positionné et reconnu dans le paysage hospitalier du bassin cannois, avec deux grands pôles d'activités : ophtalmologie et chirurgie de la main au travers de SOS mains, auxquels s'ajoutent des activités de chirurgie orthopédique, de cancérologie digestive-gynécologique-urologique, d'endoscopie, de médecine polyvalente et d'esthétique.

La stratégie du parcours patient est déployée dans les secteurs d'activité. Huit objectifs ont été identifiés. Des conventions avec les structures avoisinantes sont en place : le centre hospitalier de Cannes pour la réanimation, le CHI Fréjus- St Raphael pour SOS Mains, le centre Lacassagne pour l'hématologie et les RCP.

La stratégie du parcours patient décrite dans le projet d'établissement prend en compte les risques identifiés. L'identification des risques a été réalisée au moyen d'une cartographie élaborée selon les différents secteurs du parcours (chirurgie, SOS Mains, médecine, ambulatoire). Elle tient compte des remarques de la certification précédente (et notamment de la recommandation sur le projet personnalisé de soins), des résultats des évaluations, des questionnaires de satisfaction, des indicateurs nationaux, de l'analyse des événements indésirables, des statistiques d'activité, des objectifs du CPOM, des remarques des patients, des interfaces avec les autres audits de processus (bloc opératoire, dossier...).

Les risques sont hiérarchisés selon une grille à 5 niveaux, et l'établissement a fait le choix de prioriser dans le compte qualité 10 risques en lien avec les parcours. Les objectifs d'amélioration sont en cohérence avec les risques identifiés.

La mise en œuvre des actions est organisée en mode projet, et incluse dans le programme global institutionnel. Le suivi des actions est réalisé par la responsable qualité en lien avec le COPIL certification.

ORGANISATION INTERNE

Le cadre supérieur de santé pilote le processus patient, aidé par le médecin responsable du secteur de médecine et une infirmière référente d'identitovigilance exerçant en ambulatoire.

Les pilotes disposent d'une fiche de mission. L'établissement est de taille moyenne, ce qui facilite la transversalité des informations ; la cadre supérieure est très présente auprès des services au quotidien.

Les règles de présence des professionnels médicaux et non médicaux sont établies. Un tableau de garde est accessible aux professionnels en salle de soins.

Les ressources humaines répondent aux besoins, tant en compétences, qu'en nombre. Une organisation est en place en cas d'absence, avec l'aide de professionnels vacataires réguliers qui peuvent assurer les remplacements. L'appel à l'intérim est possible en cas de besoin.

Un plan de formation annuel est en place, il reprend les formations obligatoires (incendie, AFGSU...) et quelques formations spécifiques en lien avec les secteurs d'activité. L'établissement a fait le choix de développer la formation sous forme d'e-Learning pour l'ensemble des personnels.

Les ressources documentaires sont en nombre, intégrées dans le logiciel dédié. Elles sont connues et accessibles par les professionnels. Les procédures et protocoles en place décrivent les modalités de prise en charge en amont, pendant et en aval de l'hospitalisation. Les protocoles et procédures sont soumis à validation des instances.

Les documents d'informations pour les patients et d'aide aux professionnels sont prévus. Les locaux répondent aux besoins des prises en charge. Les outils informatiques sont en nombre et permettent d'assurer la continuité des différents éléments et étapes de la prise en charge.

Les interfaces entre professionnels cliniques, logistiques, techniques, pharmaceutiques sont en places.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre supérieure et la responsable qualité se sont saisies des enjeux relatifs à la prise en charge des patients en lien avec les objectifs stratégiques. Elles s'assurent de la conformité de pratiques professionnelles en lien avec les protocoles et procédures mises en place.

La participation des professionnels aux groupes de travail est effective (groupe avec la pharmacie autour

du médicament, participation au CLIN, au CLUD, à la réflexion sur la fin de vie, les soins palliatifs, la réorganisation des salles de soins, le PPS, la prise en charge de la personne âgée, des enfants, cellule d'identitovigilance ...). Les professionnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables associés aux soins. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels répondent aux besoins des patients. Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge (infirmières et aides soignantes jour/ nuit).

Concernant la présence des professionnels médicaux et non médicaux, chaque semaine, un tableau de garde est établi regroupant les informations suivantes : astreintes de radiologues, du laboratoire, des admissions le samedi, administrative, techniques, médicales et paramédicales. Ces informations regroupent les personnels d'astreintes de la SSPI, les IBODES, les anesthésistes, le médecin qui partage son astreinte avec une autre clinique du groupe le week end, et pour SOS mains, l'astreinte anesthésie et chirurgie, enfin le chirurgien digestif et d'orthopédie. Ce tableau de garde est accessible aux professionnels en salle de soins.

La présence en continue de professionnels soignants est en place et définie. Les professionnels travaillent en 12 heures sur des plannings fixes.

Les médecins peuvent se connecter à distance au dossier patient afin d'assurer la continuité de la prise en charge.

La formation est réalisée en transversal sur les thématiques obligatoires (AFGSU, incendie, AES,), sous forme d'e-Learning sur des thématiques ciblées (circuit du médicament coté IDE et médecin, dénutrition, douleur, chez la personne âgée,), sous forme présentielle (identitovigilance, utilisation du pic line, plaie et cicatrisations, nutrition, chirurgie de la main, hygiène, circuit du médicament...). Lors d'une nouvelle embauche, le livret d'accueil du nouvel arrivant est donné ; une formation est assurée par les ressources internes, pour l'hygiène et les précautions standards et complémentaires, le dossier patient et le médicament.

Les ressources documentaires sont nombreuses et disponibles sur le logiciel de gestion documentaire. Les procédures couvrent les étapes de la prise en charge en service clinique, en transversal.

Les ressources matérielles sont en place, salles de soins fermées à clés, chariots de médicaments équipés de matériel informatique, matelas anti escarres en location possible à partir de l'échelle de BRADEN, etc.

La procédure de prise en charge de l'urgence vitale est effective, formalisée et connue des professionnels, la conduite à tenir est affichée sur le chariot d'urgence scellé avec une organisation en semaine et pour le week end. Un dispositif de vérification des chariots est établi (qui vérifie, quand), ainsi que des défibrillateurs semi automatiques (DSAE).

En cas d'infection associée aux soins, la mise en place d'isolement du patient avec le matériel et les consignes sont en place. Une information est faite au patient et son entourage sur les consignes à suivre.

Les interfaces sont en place avec notamment le service de restauration, la pharmacie, la lingerie, les services technique, informatique, le laboratoire....

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation de la prise en charge tient compte des populations accueillies, et des modes d'entrée : programmé et ambulatoire.

La mise en œuvre est effective dès la vérification de l'identité du patient lors de l'accueil administratif, où l'admission est réalisée.

L'accueil du patient est effectué dans l'unité avec l'IDE.

Le déroulé de la prise en charge dépend du secteur d'hospitalisation.

En ambulatoire :

3 étages sont réservés à l'ambulatoire (ophtalmologie, endoscopie et chirurgie digestive, orthopédie), avec des organisations similaires dans la grande majorité.

Après vérification de la concordance de l'identité et la pose de bracelet d'identification, l'IDE présente l'unité et les consignes, recueille le dossier de consultation d'anesthésie, prépare la fiche de consignes post opératoire et remplit la fiche de transmission service/bloc, avec vérification du coté à opérer, la feuille de projet personnalisé de soins ambulatoire (avec l'identification des risques potentiels) et le questionnaire de satisfaction. Elle réalise la prémédication si nécessaire et prépare le patient pour son passage au bloc (tenue, douche, lavage visage en ophtalmologie, etc.).

Au retour du bloc, elle remplit la fiche de surveillance post opératoire (douleur, pouls, tension, conscience...) selon les consignes données par l'anesthésiste et le chirurgien, donne la collation et prépare l'aptitude à la rue (score de Chung, heure réelle de sortie, consignes post opératoires (livret sur la cataracte et carte d'implant en ophtalmologie par ex.).

En chirurgie :

Après vérification de la concordance de l'identité et la pose de bracelet d'identification, l'IDE présente l'unité et les consignes, recueille le consentement du patient, les examens biologiques réalisés à l'extérieur potentiellement, et réalise le projet personnalisé de soins qui regroupe le motif d'hospitalisation, les constantes d'entrée, le traitement personnel, si le patient a plus de 75 ans : des éléments complémentaires sur la communication et le comportement, l'autonomie et les besoins spécifiques, puis elle identifie les risques potentiels (sociaux et psychologiques, médicaux, propre au patient), enfin elle identifie avec le corps médical les perspectives thérapeutiques. Elle prépare la fiche de liaison service/bloc, score la douleur et pose une perfusion. Elle s'enquiert du contenu des consignes prescrites par l'anesthésiste lors de la consultation (antécédents, traitement habituel, et prémédication pré opératoire). Et prépare le patient pour le bloc opératoire (dossier prêt et complet). En sortie de bloc opératoire et SSPI, elle vérifie les prescriptions, le pansement, la douleur, prend les constantes et trace le tout sur le DPI.

Pour SOS Mains, une procédure d'accueil et de prise en charge « urgence mains » 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, est en place avec les protocoles accompagnants. L'admission peut être réalisée en dehors des heures d'ouvertures des admissions par les IDES, un dossier d'urgence mains est constitué avec la fiche de transmission avec le bloc, la feuille de consentement, le dossier d'anesthésie, l'autorisation parentale pour mineurs, les formulaires et documents administratifs de facturation et de sortie.

En médecine,

Plusieurs modes d'entrées sont possibles : depuis les urgences d'un établissement voisin, programmé depuis un médecin de ville ou depuis une consultation interne. Après vérification de la concordance de l'identité et la pose de bracelet d'identification, l'IDE recueille la personne de confiance, le courrier du médecin adresseur ou la fiche de liaison des urgences, les examens biologiques et ou radiologiques, l'ordonnance du traitement personnel qu'elle retire au patient (après explication) et trace la séquestration, après identification.

Elle remplit le projet personnalisé de soins selon la méthodologie élaborée par l'établissement.

Dans tous les secteurs :

L'évaluation initiale et continue est réalisée par les médecins avec traçabilité dans le dossier des visites et contre visites effectuées, ainsi que celles de tous les prestataires intervenants (anesthésistes, gastro entérologue, etc.).

Le dépistage des troubles nutritionnels est effectif, ils sont recueillis à l'entrée par l'IDE (poids, taille, le calcul de l'IMC est automatisé dans le dossier. Selon les troubles constatés, une stratégie de prise en charge est mise en place. Une échelle de BRADEN est réalisée dès l'entrée, ce qui permet la mise en place d'un matelas dynamique si besoin (en médecine, la population accueillie est essentiellement âgée avec un risque d'escarre important). Le recours à une diététicienne est possible.

Le projet personnalisé de soins a fait l'objet d'un important travail en groupes pluri professionnels associant les réflexions sur la fin de vie, les personnes âgées, le risque nutritionnel, le risque suicidaire, les chutes. Ces groupes de travail ont permis d'élaborer un document permettant aux IDES et AS d'identifier des risques qu'elles suivent pendant l'hospitalisation du patient. Une feuille de PPS a été élaboré pour l'ambulatoire et une autre pour l'hospitalisation.

Les prescriptions d'examens complémentaires (biologie, radiologie, consultation spécialisées) sont réalisées sur papier et sur informatique. Le technicien du laboratoire vient effectuer les prélèvements. Les résultats sont transmis dans des délais compatibles avec la continuité de la prise en charge.

Les demandes d'admission en SSR sont organisées très en amont soit de la consultation soit de l'hospitalisation, en raison de difficultés de places disponibles, en fonction des antécédents du patient et son mode de vie (seul, sans aide...). Lors du transfert du patient, une fiche de liaison IDE, les résultats biologiques et radiologiques, l'ordonnance de sortie ainsi que le courrier du médecin accompagnent le patient.

Les procédures d'urgence vitales sont connues des professionnels (procédure pour l'équipe de jour et une de nuit). Les chariots d'urgence et le DSAE sont en place, la traçabilité de leur contrôle est effective.

Les populations spécifiques font l'objet d'une attention particulière : personnes âgées, enfants, personne démunie, présentant un handicap, en fin de vie ou en soins palliatifs. De nombreux protocoles de prise en charge sont disponibles dans la base documentaire.

Le risque suicidaire fait l'objet d'une attention particulière dans tous les secteurs, la procédure est appliquée : recueil de données à l'entrée, entretiens avec le médecin, alertes des IDES sur un risque possible. Une psychologue est présente 2 fois par semaine et passe dans les services à disposition des patients si besoin. Une chambre est réservée en médecine proche de la salle de soins en cas de suspicion de risque suicidaire. Les professionnels ont bénéficié d'une sensibilisation à ce risque.

L'éducation thérapeutique est réalisée par les IDEs. L'établissement n'est pas autorisé pour des programmes mais dispense des conseils avec remise de supports chez les diabétiques, sur les antis coagulants, sur les stomies, sur les prothèses totales de hanche, sur les douleurs chroniques.

L'organisation de la sortie est effective, elle est anticipée dès l'entrée du patient depuis l'élaboration du projet personnalisé de soins, en raison des difficultés de place en lit d'aval. Elle est conjointement organisée avec l'accord du patient et de son entourage. Son traitement personnel lui est restitué, ainsi que, le résultat de ses examens, son ordonnance de sortie et la fiche de liaison pour le lien avec les personnels de santé d'aval.

Le courrier de sortie est transmis ensuite au médecin adresseur.

Les patients traceurs réalisés dans les 3 secteurs attestent de la réalité décrite de la prise en charge.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreux indicateurs sont suivis en interne.

L'évaluation du processus est effective au travers du recueil des indicateurs nationaux IQSS (DTP DAN RCP), HN, du nombre de fiches évènements indésirables liés aux infections associés aux soins, de la conformité du PPS, de la conformité de la lettre de sortie, des plaintes et réclamations, du résultat des questionnaires de satisfaction (du temps d'attente avant intervention à SOS mains, de la prise en charge...), des audits terrain (hygiène, présence des feuilles de consentement, de consultation d'annonce paramédicale, appel du lendemain, personne de confiance, autorisation d'opérer.....), du suivi des tableaux de bord institutionnel : activité, SAE, taux d'occupation des lits, d'ambulatoire, nombre de décès, des comparaisons avec les autres cliniques du groupe, des EPP en place (par exemple : suivi de l'incidence des infections urinaires et qualité de la prescription d'antibiotiques associés).

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations font l'objet d'actions d'amélioration. Le suivi de celles-ci sont communiqués auprès des professionnels par affichage et présentation par la cadre supérieur, la responsable qualité. Les actions identifiées sont intégrées dans le programme global institutionnel.

Le COPIL certification et le comité de direction assure le suivi des actions menées. En fonction des thématiques et des champs d'actions, les référents hygiène, douleur, identitévigilance diffusent les informations les concernant.

La communication vers les usagers est réalisée en comité des usagers, les indicateurs nationaux sont mis à disposition des usagers. Un benchmark est en place avec les autres établissements du groupe. La direction qualité du groupe a mis en commun les résultats et partage les aides et procédures.

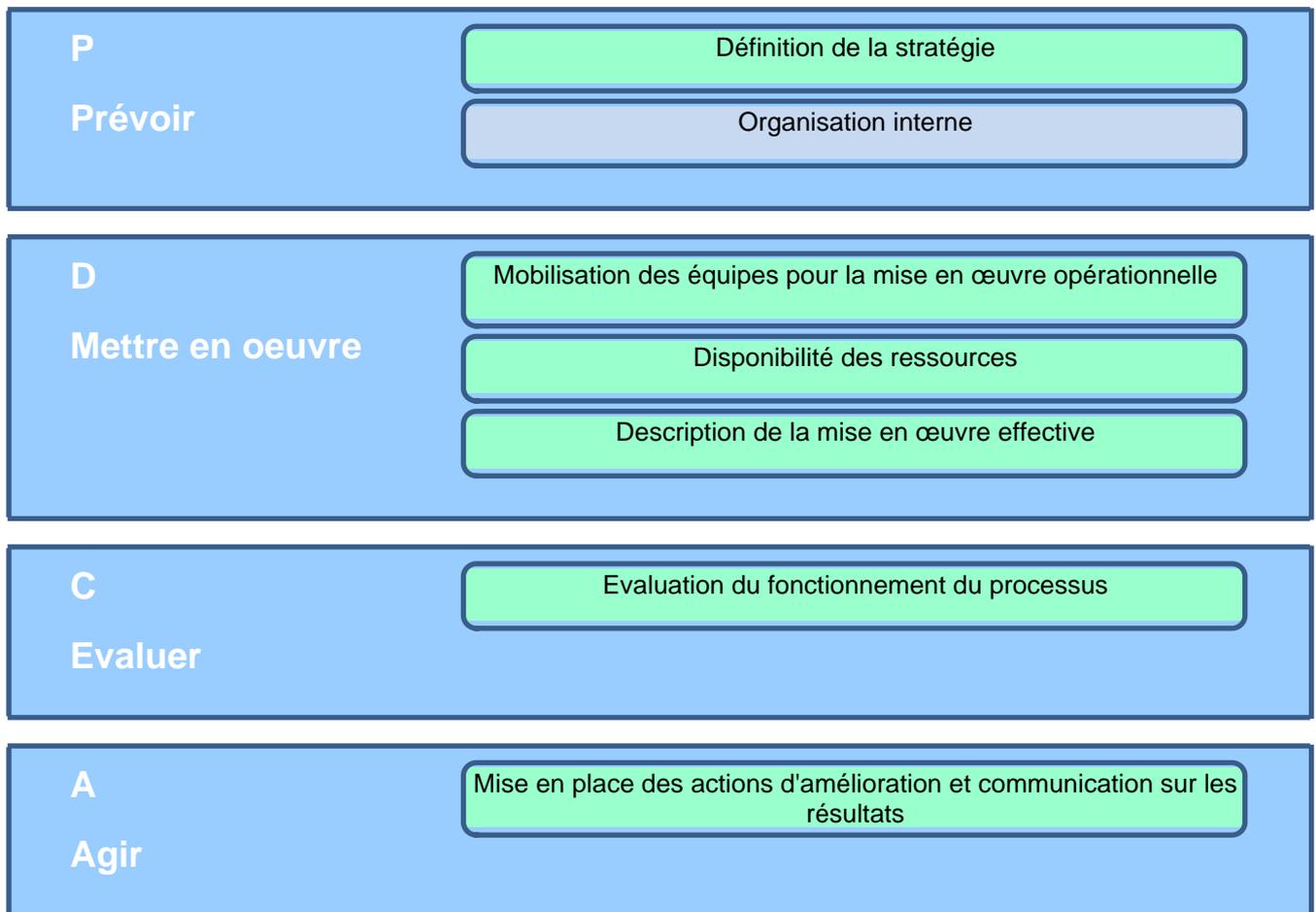
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital privé de Cannes Oxford a défini une stratégie et des objectifs du dossier patient, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse de ses risques. Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens prévoit des dispositions concernant le dossier du patient : « tenue du dossier, délai d'envoi du courrier d'hospitalisation, indicateurs, traçabilité de l'évaluation de la douleur, informatisation ».

Le projet d'établissement (prorogé 2017-2018) comporte un chapitre intitulé : « le dossier patient et son informatisation ».

Un document « politique du dossier patient 2016-2019 », décline quatre objectifs de cette politique :

- création d'un support unique (actuellement dualité support informatique et support papier),
- conservation des données en « toute sécurité » pour permettre l'accès « en temps utile »,
- traçabilité par tous les professionnels impliqués dans la prise en charge du patient et « assurer la sécurité, la continuité et la coordination des soins, y compris en ville, dans le respect des règles de confidentialité ».

L'informatisation de dossier patient est intégrée au système d'information de l'établissement qui lui-même est incorporé au système d'information du groupe.

Une cartographie du processus a été réalisée en groupe de travail afin d'identifier les risques et les besoins en matière de dossier patient à chaque étape du circuit du dossier du patient.

C'est sur la base de ce contexte que le processus dossier patient a été appréhendé.

La stratégie du dossier patient a été validée par les instances concernées. Les objectifs ont été travaillés en concertation avec le corps médical, tant au niveau du groupe de travail qu'à l'occasion des différentes réunions de la CME.

Les objectifs sont déclinés dans un programme d'actions finalisé et priorisé, ils sont inclus au programme d'amélioration qualité global de l'établissement.

Cette stratégie est communiquée à l'échelle de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage institutionnel est confié au médecin en charge du Département d'Information Médicale (D.I.M.).

Le pilotage opérationnel est réalisé par la Directrice des Soins Infirmiers (DSI), la secrétaire médicale du bloc opératoire et le responsable administratif et comptable pour la partie administrative du dossier patient. La Responsable Assurance Qualité (RAQ) assure un rôle d'accompagnement : méthodologie, formation interne des utilisateurs.

Les rôles et responsabilités ont été identifiés. Des fiches de poste, de fonction ou de mission sont rédigées comme par exemple: la fiche de fonction de technicien de l'information médicale ou la fiche de mission : « pilote de processus dossier patient ».

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins. En matière de ressources humaines, les ressources nécessaires sont explorées en fonction des besoins : personnel médical, paramédical, administratif pour la gestion du dossier du patient.

Les besoins en formation au logiciel dossier du patient sont identifiés pour l'ensemble des professionnels concernés.

Au plan matériel, le déploiement projeté du dossier du patient est prévu à partir du système d'information de l'établissement. Des postes fixes et des postes informatiques portables (sur les chariots de soins) sont prévus pour chaque secteur d'hospitalisation.

Des serveurs sont prévus pour une « sauvegarde croisée ».

Au niveau de l'établissement, un serveur est prévu pour une sauvegarde automatique des données. De même une sauvegarde externalisée est prévue au niveau du groupe.

Le prestataire informatique est chargé d'assurer la maintenance préventive et curative, les mises à jour du dossier patient. Des locaux sont identifiés pour l'archivage des dossiers sous format papier.

Un projet d'acquisition d'un ordinateur portable est à l'étude pour les aides-soignants : traçabilité des actes relevant de leur champ de compétences (hygiène, confort...).

Les règles de gestion du dossier patient sont formalisées et diffusées comme par exemple : la procédure « accès aux archives médicales » ou la procédure « archivage et destruction des dossiers médicaux et administratifs ».

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement. Une interface informatique est prévue pour la transmission des résultats de biologie aux médecins prescripteurs.
Pour ce qui est des comptes rendus d'imagerie, une scanérisation est prévue pour alimenter le dossier informatisé (en attendant de disposer de l'interface informatique adéquat).
Une fiche de liaison est prévue pour faciliter la concertation entre les professionnels du bloc opératoire et ceux des services d'hospitalisation.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Ainsi, la constitution du dossier du patient obéit aux particularités des deux modalités de prise en charge avec un code couleur : hospitalisation complète (bleu) d'une part, chirurgie ambulatoire (jaune) d'autre part.

Pour les dossiers « urgences de la main » (rouge) un « kit main » a été élaboré pour simplifier et harmoniser les bonnes pratiques.

L'établissement assure la mobilisation ainsi que la coordination des professionnels concernés par la thématique dossier du patient : les praticiens, les personnels de soins, le département de l'information médicale, les secrétaires médicales, les professionnels en charge des admissions.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. La directrice des soins infirmiers assure l'harmonisation institutionnelle de la démarche au niveau des différents services cliniques. Les personnels soignants des services sont sensibilisés aux différents dysfonctionnements rencontrés dans la gestion du dossier du patient dans ses deux formats : papier et informatique. Pour les services administratifs, le responsable administratif et comptable intervient auprès de ses équipes. La secrétaire médicale du bloc sensibilise les personnels de bloc, en concertation avec la chef de bloc.

La conformité des pratiques est assurée par chacun des cadres participant à la réalisation de ce processus. La vérification de cette conformité se fait notamment à partir des évaluations (comme les audits des dossiers) ou par des dysfonctionnements mis à jour par les déclarations au travers des fiches d'événements indésirables.

Les résultats sont analysés en équipe et communiqués aux professionnels.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. À partir des dysfonctionnements constatés, des actions correctives sont identifiées soit par les cadres de proximité et/ou avec l'agent concerné pour l'amélioration des pratiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources sont disponibles dans les secteurs. L'ensemble du personnel concerné a été formé à la gestion du dossier du patient informatisé et du dossier format papier. Par ailleurs, un module de formation « le dossier de soins » en e-learning a été déployé pour une douzaine de salariés.

Pour les nouveaux arrivants et remplaçants, le « livret d'accueil des nouveaux salariés CDI ou CDD » prévoit une rencontre avec le référent « logiciel métier » afin de les former aux règles de gestion (tenue et accès) du dossier du patient dans ses deux configurations (informatique et papier). Il en est de même des intérimaires.

Le responsable du nouveau salarié lui remet identifiant et mot de passe pour accéder à l'outil informatique.

Chacun des postes de soins est équipé d'un ordinateur fixe. Les médecins et personnels soignants disposent d'ordinateurs portables pour les visites et les soins dans les services.

L'établissement a fait l'acquisition de postes informatiques autant que de besoin.

Les règles de tenue du dossier sont effectives. Il en est de même des règles d'accès au dossier. Un document « conduite à tenir (CAT) » a été rédigé en cas de panne informatique avec retour à la normale.

La documentation est mise à disposition des professionnels (procédures, modes opératoires) sous format papier (classeurs) ou informatique (logiciel de gestion documentaire).

Le patient est informé au travers du livret d'accueil des modalités d'accès à son dossier.

Le personnel quant à lui, est informé à partir de plusieurs supports : informatique sur la plate-forme de l'établissement, (par exemple le guide relatif aux modalités d'accès au dossier médical du patient) par affichage, la « lettre qualité ».

Les nouveaux salariés signent la charte informatique de l'établissement.

En ce qui concerne les nouveaux personnels soignants, ceux-ci signent la charte d'accès au dossier de soins informatisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. En amont de l'admission, un « passeport ambulatoire » a été annexé au livret d'accueil du patient. Ce « passeport » comprend entre autres documents, tous les éléments « papier » liés à la constitution du dossier.

L'accès du patient à son dossier est effectif.

Les délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. Ainsi peut-on lire dans le dernier rapport (2015) de la CRU disponible (Répertoire Opérationnel Des Ressources-ROR PACA) que le délai moyen de traitement à réception de la demande complète est de 3 jours pour l'ensemble des dossiers (plus et moins de 5 ans).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Les modalités de communication en temps utile du dossier entre les professionnels et les correspondants externes sont formalisées. Ces modalités sont précisées dans différents documents ; comme par exemple « le modèle de compte-rendu d'hospitalisation » ou « le modèle de lettre de sortie », ou la procédure « conduite à tenir en cas de transfert du patient ».

La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée. Les différents éléments liés à la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient. Ceci est confirmé par la démarche du patient traceur.

L'archivage des dossiers médicaux des deux dernières années et de l'année en cours est réalisé dans l'établissement dans des locaux sécurisés. Pour les dossiers antérieurs, l'archivage est externalisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations sont régulièrement mises en œuvre. On peut citer par exemple l'audit du circuit du dossier patient ou l'audit concernant la traçabilité de la non administration du médicament. En août 2016, un audit de conformité du circuit du dossier patient a été réalisé.

L'établissement réalise l'évaluation annuelle du fonctionnement du processus dossier du patient.

Les dysfonctionnements constatés font l'objet d'analyse par le service qualité.

Le suivi de la mise en œuvre est réalisé sur la base d'outils identifiés. Le recueil des indicateurs IQSS est effectif. De même, l'établissement réalise des extractions de ses « indicateurs d'usage hôpital numérique », dont ceux en lien avec le dossier du patient : délai d'obtention du dossier patient, tenue du dossier d'hospitalisation ».

Au niveau local, l'établissement a décidé de suivre d'autres indicateurs comme le taux de disponibilité des applications dossier patient (Hôpital numérique), le taux de conformité du délai de communication du dossier patient.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées avec le programme d'actions institutionnel. À partir de l'analyse des dysfonctionnements ou insuffisances, des actions d'amélioration sont mis en œuvre. Au plan d'actions du compte-qualité dans SARA, on trouve des actions d'amélioration en réponse aux dysfonctionnements concernant : « les pannes du dossier patient informatisé, les informations nécessaires à la prise en charge en aval incomplètes, la traçabilité dans le dossier patient incomplète, le non-respect des règles de classement d'archivage et le non-respect des règles d'unité du dossier médical du patient ».

Ces actions d'amélioration sont intégrées au programme d'actions global.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les supports sont sous format papier ou électronique.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. En direction des professionnels, la communication interne est ciblée à travers différents médias : outil informatique de gestion documentaire, affichage interne, la « lettre qualité »... (notamment indicateurs IPAQSS, résultats des audits du dossier du patient...).

Pour ce qui est des usagers, l'affichage institutionnel est déployé. Le livret d'accueil du patient donne des informations relatives au dossier du patient. L'information des représentants des usagers est mise en œuvre lors des réunions de la CDU (données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes, délais de transmission et suivi des actions d'amélioration).

L'établissement dispose d'un site WEB où le public peut obtenir des renseignements concernant la thématique du dossier du patient en renvoyant le lecteur vers le site web de scope santé.

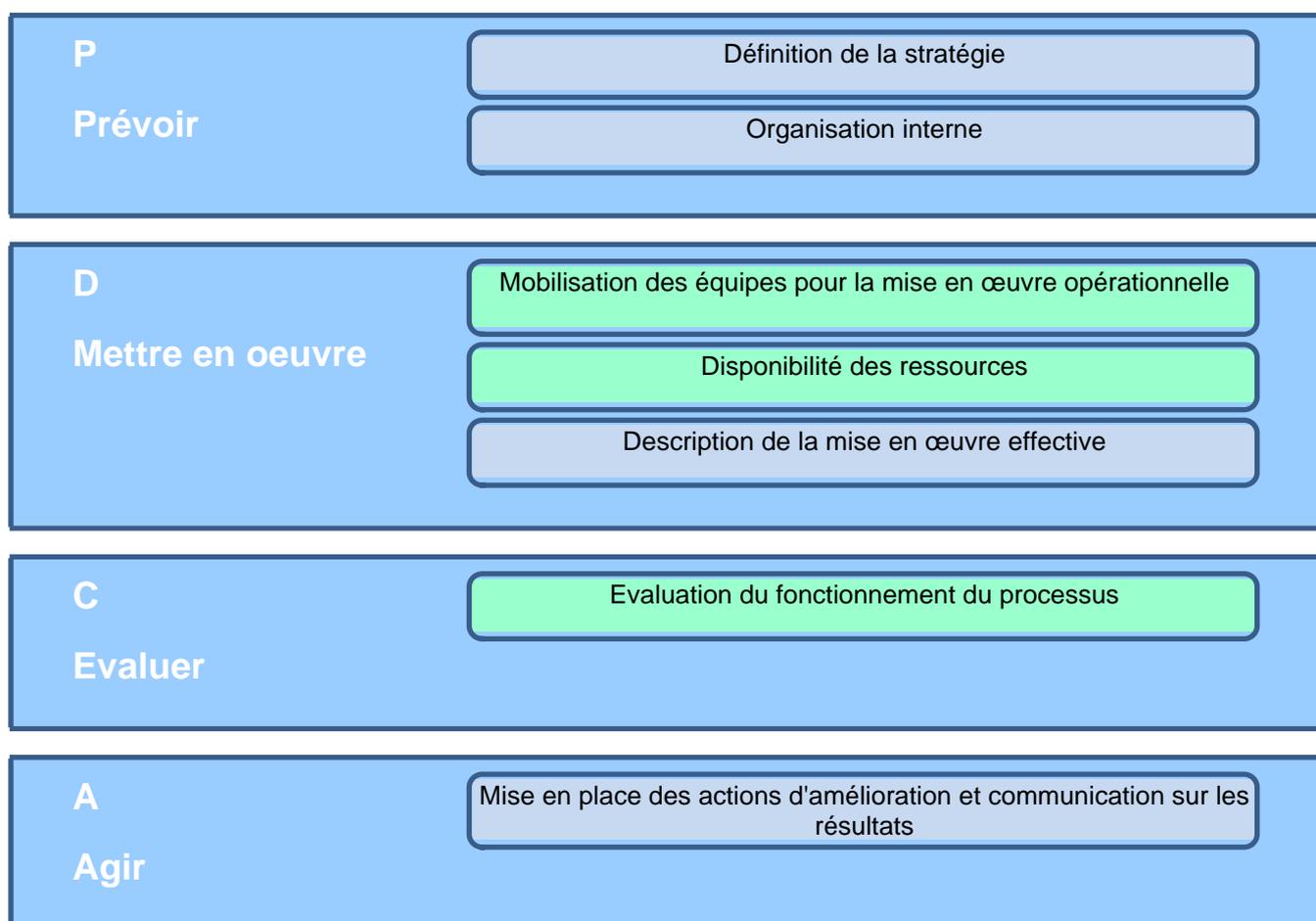
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est inscrite à la fois dans le projet qualité gestion des risques 2016-2019 du projet d'établissement au travers de son axe 3, ainsi que dans la charte qualité du groupe ALMAVIVA Santé - axe 11 « pérenniser la sécurité de la prise en charge médicamenteuse ».

Cinq objectifs ont été définis :

- permettre et mettre en œuvre la juste prescription médicamenteuse du patient au cours du séjour. Prendre en compte les particularités des populations à risques.
- administrer le médicament au patient selon les règles de bonnes pratiques d'identité et de sécurité. Adopter la forme galénique aux populations spécifiques (personnes âgées, enfants).
- assurer la mise en œuvre de la stratégie médicale de l'établissement en accord avec les orientations nationales, les objectifs d'efficience et les intérêts thérapeutiques.
- assurer la bonne conservation des conditions de stockage des médicaments et dispositifs médicaux dans les règles d'hygiène et de sécurité.
- travailler en interface avec les autres services en vue d'assurer la sécurité du patient.

L'identification des risques a été réalisée à partir d'une cartographie des risques élaborée à partir de la grille baqimehp ajustée à l'établissement réactualisée en 2016 ; du bilan des événements indésirables déclarés, de la réglementation, des résultats du CBUM, des remarques et recommandations de la certification V 2010, des EPP, des résultats des audits réalisés par services sur les items du circuit du médicament ; des résultats des indicateurs nationaux.

Les risques ont été hiérarchisés selon une grille à 5 niveaux et priorisés.

Cinq risques ont été priorisés dans le compte qualité, et associés à un plan d'actions construit en mode projet (objectif, action, pilote, échéancier et indicateurs de suivi). Certaines des actions sont déjà menées à leur terme.

Les risques identifiés dans le compte qualité avec le plan d'actions de la prise en charge médicamenteuse sont intégrés dans le programme d'actions institutionnel et suivis dans les instances de la qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place l'organisation définie par l'arrêté du 6 avril 2011.

Le pilotage du processus est confié à la pharmacienne et au responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse RSMQPECM. La politique qualité de la prise en charge médicamenteuse est intégrée dans le manuel qualité. Les rôles et responsabilités y sont décrits et repris dans la fiche de mission des pilotes ainsi que dans les fiches de postes des professionnels.

L'organisation de la gestion des médicaments est décrite dans le manuel qualité qui définit les étapes de la prise en charge médicamenteuse (prescription, dispensation, détention stockage à la PUI et dans les services, le transport, l'information du patient, l'administration, la surveillance, la pharmacovigilance...). L'engagement de la direction, les ressources humaines, documentaires et matérielles font également l'objet de description. La mesure, l'analyse et l'exploitation des résultats ainsi que les obligations du contrat de bon usage (CBUM) sont prévus.

La prise en compte des spécificités (personnes âgées, prise en charge des enfants, maladies chroniques ...) des médicaments à risques, des médicaments à haut risques est effective. La conciliation médicamenteuse est ébauchée.

Le RSMQPECM est médecin DIM, et également praticien hygiéniste. La pharmacienne est également RSMQPECDM dispositifs médicaux, pharmaco vigilant et matériovigilant. La COMEDIMS est en place et fonctionne. Le fonctionnement de la PUI est défini et organisé, de même que la permanence pharmaceutique.

La liste des prescripteurs habilités est à jour, transmise par la direction et validée par le pharmacien.

Les Ressources Humaines nécessaires au fonctionnement de la PUI sont en adéquation avec les besoins. Les professionnels sont formés dans leur champ de compétences spécifiques.

Les ressources documentaires prévoient de très nombreux protocoles et procédures actualisés sur le logiciel de gestion documentaire.

Le manuel qualité décrit les processus et les organisations. Une procédure du circuit du médicament le complète. Des outils d'aide à destination des professionnels sont prévus (livret thérapeutique, VIDAL,

base thériaque, livret d'antibiotiques, antiseptique), ainsi que pour les patients dans le cadre de l'éducation thérapeutique (sur hypertension artérielle, anti AVK, diabète, etc.). Les médicaments à risques, à haut risque, les risques de surdosage, les Never Events, les stupéfiants, les médicaments que l'on peut broyer sont également mis à disposition des professionnels.

La prescription médicamenteuse est déployée sur l'établissement au moyen du logiciel du dossier patient. Ce logiciel intègre l'ensemble du circuit du médicament, le lien avec la pharmacie est prévu en temps réel, ce qui permet de réaliser l'analyse, et de commenter immédiatement la prescription.

Les matériels informatiques sont prévus en nombre et permettent la traçabilité de la prescription, de l'analyse pharmaceutique et de l'administration en temps réel.

Les interfaces avec les différents services sont en place.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La préparation de la certification a permis la mise en place de groupes de travail participatifs pluridisciplinaire et pluri professionnels.

La pharmacienne, la responsable qualité et la cadre supérieure de santé sensibilisent les professionnels à la sécurité du circuit du médicament. Le volume de l'établissement permet à la cadre supérieure et à la pharmacienne d'être très présentes auprès des équipes, ce qui permet de réajuster très rapidement en cas de dysfonctionnements et de réaliser des micros audits.

Les professionnels sont sensibilisés à l'utilisation du logiciel de déclaration des évènements indésirables. L'analyse de ces derniers est faite en REMED.

Des audits sont en place : traçabilité de l'administration, sur le circuit du médicament, sur le stockage dans les services, etc. Des audits croisés avec les autres PUI du groupe sont en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont en adéquation avec les compétences en fonction des secteurs d'activité : unités de soins (médecins, cadres, IDEs) et en pharmacie (préparateurs, pharmacien).

La pharmacie dispose d'1.5 ETP de pharmacien (dont une pharmacienne gérante), de 2.5 ETP de préparateur en pharmacienne dont un dispose de la spécialité hospitalière, d'une secrétaire dédiée plus particulièrement à la gestion des dispositifs médicaux implantables et d'une assistante administrative. La pharmacie est ouverte du lundi au vendredi de 9h00 à 17h.

Au-delà de ces horaires, la permanence pharmaceutique est en place et répond à la réglementation. Les services disposent d'une dotation dans une armoire sécurisée dans les salles de soins. Une armoire pour besoin urgents est disponible sur un des services (Chirurgie 5). En cas de nécessité ultime, les pharmaciens sont joignable et peuvent se déplacer, en cas d'impossibilité, un dépannage est possible auprès du CH de Cannes.

Des formations sont réalisées sous forme présentielle par la pharmacienne directement dans les services, et sous forme d'e Learning. Toutes les étapes de la prise en charge médicamenteuse sont abordées dans la formation, ainsi que la déclaration des erreurs médicamenteuses, les médicaments à risque et à haut risque, les Never Events, les médicaments à ne pas broyer, etc. Un quizz permet de se situer à la fin de la thématique étudiée.

Pour les nouveaux arrivants médecins, une plaquette sur le logiciel leur est donnée, ainsi qu'un triptyque sur « bien prescrire les médicaments à l'hôpital pour bien traiter » un accompagnement pratique est dispensé par l'informatique. Pour les non médicaux, ils disposent d'un livret d'accueil, la pharmacienne et le compagnonnage leur présentent le logiciel.

Les documents (procédures, protocoles mode opératoire...) et matériels sont en nombre et en place. Parmi les documents, on note un guide de prescription chez le sujet âgé, quand peut-on écraser /couper/broyer, les bonnes pratiques de reconstitution des médicaments injectables, ou encore l'ordonnance de sortie.

Les locaux de la PUI sont sécurisés. Ils sont situés dans des anciens locaux de bloc opératoire et bénéficient d'une belle surface facilitant ainsi le stockage des références (DM, DMI et médicaments). Les stupéfiants sont détenus dans une armoire dédiée et sécurisée.

Une enceinte réfrigérée avec enregistrement automatique de la courbe de température est en place à la PUI et dans les blocs. Une enceinte est également disponible sur deux secteurs (médecine et CHIRURGIE) ainsi il n'y a pas de réfrigérateur dans les autres services qui ne sont pas concernés par un stockage relevant de la chaîne du froid.

Les unités disposent de salles de soins fermées. Un important travail a été réalisé afin de sécuriser le stockage dans les unités de soins. Le contenu des armoires a été revu, les médicaments à risques ont été

identifiés avec un logo spécial, accompagnés pour les médicaments à haut risques d'un double contrôle de préparation et d'administration.

Une armoire dédiée a été mise en place afin de recueillir les traitements personnels des patients accompagnés d'une feuille de dépôt et de restitution.

Les chariots de distribution de médicaments sont en place, ils contiennent les tiroirs nominatifs préparés à la pharmacie tous les jours, ce qui permet le réajustement pour 2 ou 3 jours. Les professionnels disposent d'un ordinateur portable au-dessus du chariot, afin de tracer en temps réel l'administration des médicaments.

Les stupéfiants sont rangés dans des coffres fermés au sein des armoires sécurisées.

Une liste des médicaments à délivrance contrôlée est disponible (antibiotiques réactualisés et suivi en permanence) accompagnée pour les praticiens d'une aide « antibioclq » de prescription.

Les interfaces et les circuits entre les secteurs sont opérationnels. La PUI réalise ses approvisionnements en produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux auprès des laboratoires référencés par la centrale d'achat à laquelle elle adhère.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les bonnes pratiques de la prise en charge médicamenteuse sont définies dans la politique d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse ainsi que dans le manuel qualité.

La gestion du traitement personnel est effective, les professionnels connaissent la procédure (retrait des médicaments, et mise en séquestration dans une pochette nominative dans une petite armoire dédiée au-dessus de l'armoire des médicaments en salle de soins). Une feuille de séquestration et de retrait signée par le patient permet d'assurer la traçabilité.

L'informatisation des différentes étapes du circuit du médicament est effective et permet d'assurer la traçabilité et la sécurisation complète de ce circuit.

La prescription médicamenteuse est réalisée informatiquement par les praticiens de l'établissement.

Le pharmacien dispose de l'accès aux données cliniques des patients directement sur le dossier patient informatisé. Il réalise une analyse pharmaceutique du traitement complet du patient, de l'ensemble des prescriptions en temps réel en semaine et à posteriori pour le week end.

La dispensation est réalisée en délivrance individuelle et nominative. Les tiroirs des chariots de médicaments sont descendus tous les jours à 13h par les services. La délivrance est réalisée à la PUI par les préparateurs, pour 48h à de 72h. Dès que les chariots sont prêts, les services sont prévenus et viennent les chercher. En cas de modification d'un traitement après la remontée des chariots, des petits bacs scellés permettent le transport des médicaments.

Les services disposent d'une dotation en médicaments. Le réapprovisionnement du stock de la dotation est réalisé dans le respect des règles de gestion, de transport, de rangement, et de stockage (hygiène, sécurisation, chaîne du froid par thermobox, stupéfiants, et les médicaments à risques), suivant une périodicité et une fréquence établies.

Les délivrances particulières comme les stupéfiants sont gérées par l'encadrement, le réapprovisionnement est hebdomadaire.

Des contrôles périodiques sont réalisés par la pharmacienne et la cadre supérieure.

La traçabilité informatique et en temps réel de l'administration et de la distribution est réalisée par le personnel infirmier pour l'ensemble du traitement distribué.

La traçabilité de la non prise du médicament est effective. Un important travail de sensibilisation a été effectué auprès des professionnels.

Les professionnels assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. Des supports d'information au patient sont mis à disposition (livret de suivi des AVK, le diabète....).

L'ensemble des observations réalisées lors des patients traceurs a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

Le chariot d'urgence est scellé, la vérification est mensuelle, elle est quotidienne pour le DSA.

Les événements indésirables liés au circuit du médicament sont recueillis et analysés en REMED (3 REMED ont été tenues en 2016).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en œuvre un dispositif d'évaluation sous la responsabilité des pilotes du processus. De très nombreux indicateurs sont recueillis.

Qualitatifs : IPQSS nationaux (TDP MCO, DAN, les indicateurs d'hôpital numérique), en lien avec le CBUM, EPP (ré évaluation de l'antibiothérapie à 72h, prescription chez le sujet âgé, évaluation du circuit du médicament), traçabilité (risque de la déglutition, de la non administration).

Quantitatifs : nombre de réunions de la COMEDIMS, nombre d'alerte ascendante et descendante en pharmaco et matério vigilance, nombre de réunions « bilan comptable », évaluation des stocks en PUI.

Des audits sont en place : traçabilité de l'administration, sur le circuit du médicament, sur le stockage dans les services, etc. Des audits croisés avec les autres PUI du groupe sont en place ainsi qu'un benchmark des résultats.

Le rapport d'activité de la PUI au travers de la COMEDIMS est présenté aux instances.

A / AGIR

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

Les résultats des audits font l'objet d'actions d'amélioration et de présentation aux instances (CME, COMEDIMS). Le suivi des plans d'actions est réalisé dans ces instances.

Les actions d'amélioration identifiées sont incluses dans le programme d'amélioration qualité global, et déclinées en mode projet.

Un benchmark des résultats est en place avec les autres PUI du groupe.

La communication est effective en interne lors des réunions d'encadrement, le retour terrain par la mise en place de groupes de travail.

Le tableau des résultats est affiché dans chaque service, et expliqué aux acteurs concernés par la pharmacienne et la cadre supérieur. Une lettre qualité permet de donner les principaux avancements des résultats.

La communication externe est réalisée par l'affichage des IQSS, les représentantes des usagers sont présentes dans l'établissement et participent aux instances (CDU, CLIN), elles ont à disposition des comptes rendus des autres instances. Une journée thématique est réalisée lors de la semaine de la sécurité autour des bonnes pratiques sur le traitement personnel et une grille de mots mêlés /croisés sur les médicaments.

Une page Facebook est accessible depuis 2016. Un retour d'expérience inter établissement du groupe est en place.

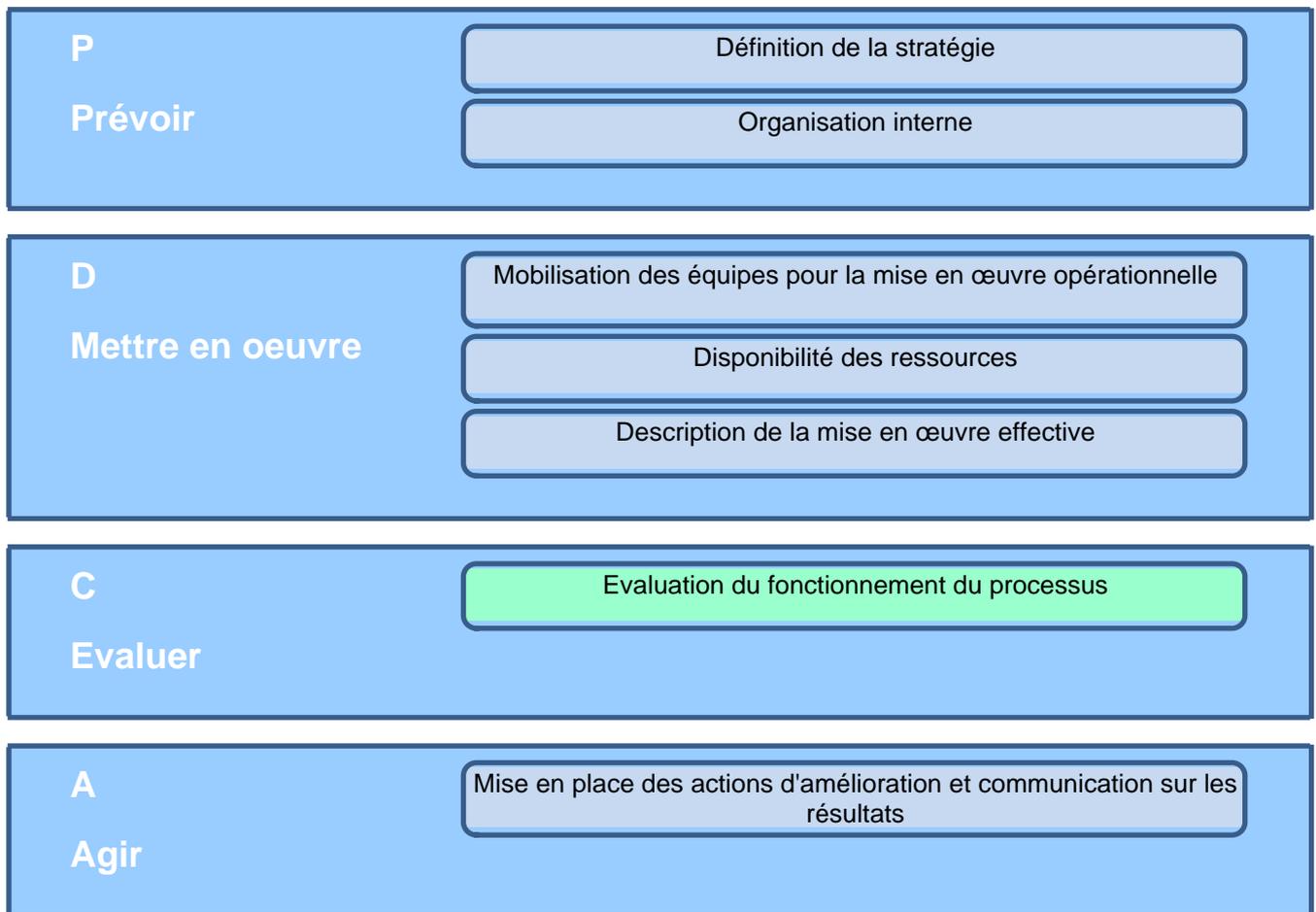
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'hôpital privé de Cannes Oxford a identifié ses 3 secteurs opératoires, le pilotage institutionnel est commun. Les blocs opératoires sont situés sur trois étages successifs du même bâtiment, reliés par un ascenseur et comportant au total 12 salles : 10 salles de chirurgie (main, viscérale, orthopédique, vasculaire, urologique, gynécologique, proctologie, ORL, ophtalmologie, Esthétique), 2 salles d'endoscopie et 4 salles de SSPI, une pour chaque étage et deux pour l'ophtalmologie, suivant les circuits (court, hospitalisés). Le nombre de postes est conforme aux recommandations. Attendant à chaque étage, on retrouve une unité de 15 poste de chirurgie ambulatoire (endoscopie, SOS mains, viscéral et ophtalmologie).

Il existe une stratégie et des objectifs de management de la prise en charge du patient au bloc opératoire, élaborés sur la base d'une identification des besoins, des missions et de l'analyse de risques propres à l'établissement depuis 2012.

Les besoins spécifiques sont identifiés au regard de ses missions, orientations nationales et régionales (autorisation de soins délivrés par l'ARS de la Région PACA, orientations stratégiques du CPOM pour la période 2016-2019 et notamment développement des prises en charge en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et la permanence des soins pour la chirurgie de la main).

Les sources de données utilisées pour l'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques répondent à la méthodologie institutionnelle du management de la qualité et de la gestion des risques de l'établissement et du groupe. Les risques a priori sont identifiés par la cartographie des risques du bloc opératoire de 2012, réactualisée en 2014 puis 2016 et formalisée selon la méthodologie du groupe (processus bloc opératoire et processus Unité de Chirurgie Ambulatoire). Elle prend en compte les différents circuits de prise en charge et les différentes interfaces (programmation, logistique, installation du patient, temps opératoire, SSPI, retour en unité de soins, gestion des risques).

La gestion des risques a posteriori est issue de l'analyse des fiches d'événements indésirables, des RMM, des EPP, et du dispositif d'accréditation des médecins.

L'élaboration du Compte Qualité en février 2014 réalisée dans le cadre d'un projet évaluation mobilisant l'ensemble des professionnels a permis la priorisation et l'institutionnalisation d'évaluation et d'indicateurs par thématiques. Les risques prioritaires sont hiérarchisés avec les professionnels selon la méthodologie proposée par la HAS, et décrite dans une procédure.

La démarche qualité est documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient en organisant la diffusion de la culture qualité et sécurité, en articulation avec le programme d'amélioration qualité de l'établissement.

Le programme d'actions préventives et de surveillance, formalisé, priorisé, unique, intégrant les mesures de traitement des risques, est validé dans le cadre d'analyses mensuelles auxquelles participent tous les responsables de service, le président de CME. Une analyse des risques est intégrée. Elle est portée à la connaissance de l'ensemble des personnel.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du pilotage du management du bloc opératoire est formalisée dans une charte de bloc consignant les règles et modalités d'organisation du bloc opératoire validée par le Conseil de bloc de l'établissement et disponible sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement. Elle est complétée par une charte de fonctionnement de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) affichée dans la structure et sur le site internet. Cette charte détermine l'organisation, les conditions de désignation du médecin coordonnateur, les formations nécessaires.

La responsable du bloc opératoire, cadre du service, pilote du processus, et son adjointe, aidées de 2 référentes, prévoient la régulation des activités, la gestion des 3 niveaux du bloc opératoire et de l'UCA, la coordination et le respect des règles de la charte. La responsable est assistée d'une cellule de pilotage hebdomadaire tous les jeudis pour valider les programmations, en y intégrant les urgences potentielles (SOS main), en mettant en adéquation les ressources humaines et matérielles nécessaires.

Les rôles, les responsabilités et les missions des professionnels sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels enregistrées dans la gestion documentaire informatisée et accessible sur le site internet de l'établissement.

Un conseil de bloc opératoire est en place. Sa composition est représentative. Il se réunit 4 fois par an. L'ordre du jour est établi, un compte rendu est rédigé. Ses missions sont définies: création et actualisation du planning opératoire général, rédaction et revalidation de la charte du bloc opératoire et de l'UCA,

coordination des moyens humains et matériels nécessaire à la mise en œuvre des programmes opératoires, validation et mise en œuvre des protocoles, analyse et résolution des événements indésirables, analyse des indicateurs d'activité et budgétaire.

Chaque année, le conseil établit un rapport d'activité du bloc opératoire et le transmet à la CME et à la direction de l'établissement.

Les ressources humaines en terme d'effectifs et de compétences sont conformes à la réglementation et aux besoins de la structure.

Les besoins en formation sont identifiés pour chaque agent et les actions de formation sont planifiées et intégrées dans le plan de formation global de l'établissement. L'établissement ne recourt que rarement à l'intérim grâce à la formation polyvalente de certains agents (circulantes). L'accueil des étudiants IDE, aide-soignantes est organisé (livret).

Les besoins en procédure sont identifiés, élaborées avec les professionnels, formalisées, issues de documents de référence validés et intégrées au dispositif de gestion documentaire informatisé de l'établissement. Les patients disposent de documents d'information: livret d'accueil, passeport comportant dans sa première partie les informations et les consentements.

Les locaux du bloc opératoire, de la SPPI, de l'UCA sont conformes à la réglementation. La stérilisation est externalisée avec une gestion corrélée par un agent pour assurer le suivi des boîtes.

L'UCA est identifiable et dispose de moyens dédiés. Les zones du bloc, les règles de circulation et d'habillage sont définies.

L'hygiène des locaux est prévue, ainsi que la gestion de la qualité de l'air, de l'eau et des gaz médicaux. La radioprotection est organisée.

La maintenance préventive et curative des infrastructures est prévue par le service technique, en lien avec la chef de bloc. Les ressources matérielles sont prévues. Un plan d'équipement annuel identifie les besoins en matière d'achats et d'approvisionnements.

Les documents nécessaires à l'exploitation des équipements médicaux sont prévus pour les professionnels. La gestion des pannes et dysfonctionnement est organisée.

Un dossier patient informatisé, intégré au système d'information hospitalier, permet un échange d'informations, la coordination avec les différents secteurs et les professionnels, l'accès en temps réel pour l'ensemble des acteurs aux données du patient. Seuls les MAR disposent encore provisoirement d'un logiciel spécifique.

Les prescriptions médicamenteuses sont informatisées.

Les interfaces sont organisées et opérationnelles avec les secteurs cliniques (fiche de liaison validation dossier patient entre services de soins et bloc opératoire, cahier de traçabilité des salles d'opération), avec les secteurs médico-techniques et logistiques : la stérilisation (convention de sous-traitance avec le CGS des Alpes Maritimes), le laboratoire de biologie médicale (externalisés).

Ces interfaces sont également prévues avec pour la radiologie, la pharmacie (gestion des approvisionnements des médicaments, des dispositifs médicaux), la gestion du linge, les déchets, le transports intra-hospitaliers (pool de brancardiers pour les patients hospitalisés, propres au bloc en interne).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'actions opérationnels propres au secteur sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.

Le bloc opératoire et l'UCA a identifié ses besoins et ses risques et le programme d'actions préventives et de surveillance établi dans le cadre du PAQS.

Le cadre du bloc communique auprès de son équipe sur la stratégie de l'établissement établi lors des réunions de service réunissant tous les personnels du bloc opératoire et ceux des service de soins (tous les deux mois) et des conseils de bloc.

Elle sensibilise les professionnels sur les objectifs de leur secteur. Le recueil et l'analyse des événements indésirables par les professionnels, pratiques fortement ancrées dans l'établissement sont effectives. Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

Les activités sont évaluées périodiquement. Le cadre du service s'assure de la conformité des pratiques professionnelles par rapport aux dispositions prévues. La charte de bloc est respectée.

De nombreux audits sont en place (audit de conformité du processus bloc opératoire et ambulatoire, identitévigilance, bionettoyage, évaluation en hygiène, traçabilité cahier de bloc, conformité de la check-list), et des EPP. Le dispositif de formation en ligne permet la vérification des acquis sur des thématiques générales (hygiène des mains, AES, douleur, erreurs médicamenteuses).

Les événements indésirables spécifiques au bloc opératoire (et de tous les secteurs interventionnels) sont suivis en continu et analysés par le service qualité et selon la nature par le Conseil de bloc voir en RMM.

Le retour d'expérience est effectif lors des réunions de service.
Les actions correctives sont mises en œuvre avec les professionnels en cas de dysfonctionnement ou de baisse des indicateurs. Les résultats sont communiqués aux équipes et les indicateurs et les évaluations sont visibles sur l'espace professionnel du site internet de l'établissement et par affichage pendant un mois dans le bloc opératoire et en UCA.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs répondent aux besoins pour assurer l'activité et la continuité de la prise en charge y compris pour les urgences mains.

Un tableau de vacances opératoires permet l'affectation des professionnels chaque jour de la semaine.
L'activité d'anesthésie-réanimation est exercée par deux équipes de 4 médecins anesthésistes chacune, affectées respectivement dans les 3 unités ; elles assurent des astreintes (1 pas équipe) et travaillent avec des IADE. La SSPI est surveillée par des IDE en nombre suffisant. Les astreintes des personnels soignants et médicaux sont effectives et diffusées.

Les nouveaux arrivants sont formés et tutorés avec un bilan d'évaluation à mi-stage.
Les protocoles actualisés et validés issus des documents de référence sont disponibles dans l'espace professionnel sécurisé du site internet. Les professionnels disposent de toutes les informations nécessaires à la prise en charge du patient.

Les locaux des blocs opératoires, de la SSPI, de l'UCA sont adaptés, contrôlés et entretenus. Les circuits sont respectés. Le nombre de postes ouvert en SSPI répond aux besoins. La surveillance environnementale est effective et tracée. Les protocoles d'hygiène et de prévention du risque infectieux sont appliqués. L'hygiène du matériel réutilisable est opérationnelle.

Le matériel et les dispositifs médicaux utiles et nécessaires à l'activité sont disponibles et vérifiés. Les dispositifs médicaux stériles et implantables sont référencés, disponibles, vérifiés. Les équipements en panne sont remplacés. Le suivi de la maintenance des dispositifs médicaux est tracé (respirateurs, monitoring, bistouris électriques, tables d'opérations, colonnes de coelioscopie, amplificateurs de brillance).
Le matériel d'urgence vitale uniformisé est vérifié et opérationnel. L'approvisionnement en médicaments et DMI est assuré, avec un système d'approvisionnement « plein-vide » permettant de répondre aux besoins.

La vérification par les personnels IBODE ou IADE est effective et tracée à chaque nouvelle entrée au bloc opératoire et en SSPI (cahier d'ouverture et de fermeture du bloc opératoire, cahier de contrôle de bon fonctionnement de la salle d'opération, contrôle du bon fonctionnement à l'ouverture de la salle de SSPI).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation définie et les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient sont mises en œuvre.

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues, actualisées et revalidées tous les ans. Les effectifs en personnels médicaux et paramédicaux sont en conformité avec le planning opératoire.

La maîtrise du risque infectieux est effective (zones de bloc identifiées), brancardier dédié dans le bloc, marche en avant respectée. Les règles de sécurité sont appliquées (kit hyperthermie maligne, accidents allergiques, complications anesthésiques locaux, intubation difficile, pédiatrique disponible, et chariots d'urgence vérifiés et scellés).

La préparation du patient est réalisée selon les procédures établies. Le brancardage est réalisé conformément aux procédures (respect de l'intimité, de la confidentialité, respect des règles de sécurité et d'hygiène). Le cadre de bloc opératoire planifie les interventions.

Le programme opératoire est validé par le cadre de bloc, un chirurgien et un anesthésiste.
Les dysfonctionnements sont suivis. La gestion des risques est effective (vigilances et veille sanitaire opérationnelles, recueil et analyse des événements indésirables).

Les mesures de prévention des risques professionnels sont mises en œuvre : gestion des accidents d'exposition au sang, radioprotection (signalisation de la salle, port de dosimètres passifs et actifs).

Les circuits sont respectés et les interfaces entre bloc opératoire et secteurs cliniques et médico-techniques opérationnelles.

Ces circuits sont respectés également avec les secteurs cliniques, grâce à une feuille de liaison papier entre les services et le bloc opératoire (validation dossier patient et soins avant bloc opératoire) intégrant une check-list de vérification de la préparation du patient, du site opératoire, de son identité et du dossier.

Le consentement éclairé du patient et l'autorisation d'opérer pour les mineurs sont recueillis.
La check-list sécurité au bloc opératoire est en mise en œuvre et tracée en respectant les trois temps de concertation pluridisciplinaire.

Dans le dossier du patient informatisé sont tracés le risque ATNC, la prise en charge anesthésique et

chirurgicale per-opératoire, les prescriptions post opératoires, l'évaluation de la douleur et des traitements antalgiques administrés.

La sortie de SSPI est horodatée et tracée. En UCA, la sortie, l'aptitude au retour à domicile (score de sortie) et les consignes à suivre sont validées et tracées par le chirurgien ou l'anesthésiste.

La traçabilité des intervenants, des actes, activités et DMI est réalisée dans le cahier du bloc opératoire (avec triplicata pour le dossier patient, la facturation et la souche du cahier) ; tout ceci qui a pu être vérifié notamment suite à l'investigation issue des patients traceurs.

Les instances sont opérationnelles. Le conseil de bloc se réunit 4 fois par an.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus sur la base d'outils identifiés. La qualité et l'efficacité de la prise en charge sont suivies grâce au recueil des indicateurs obligatoires nationaux IQSS (tenue du dossier patient, tenue du dossier anesthésique, traçabilité de la douleur post opératoire), des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, des indicateurs Hôpital Numérique.

Le dispositif d'évaluation est complété par le recueil d'indicateurs quantitatifs de fonctionnement : indicateurs d'activité (nombre d'interventions totale et par bloc), de performance (taux d'utilisation des vacations, taux d'occupation des vacations, taux de retard, taux de dépassement), ressources humaines (effectifs).

Les indicateurs proviennent aussi des audits réalisés dans l'établissement (audit de conformité du processus bloc opératoire et ambulatoire, identitévigilance, bionettoyage, évaluation en hygiène, traçabilité cahier de bloc, conformité de la check-list), et des EPP.

Les événements indésirables spécifiques au bloc opératoire (et de tous les secteurs interventionnels) sont suivis en continu et analysés par le service qualité et selon la nature par le Conseil de bloc voir en RMM.

Les éléments issues de ces analyses permettent l'élaboration d'un bilan des performances : synthèse des résultats du management de la qualité reprenant sur un tableau de bord, le suivi des indicateurs quantitatifs et qualitatifs.

A / AGIR

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

Le suivi de la mise en œuvre des plans d'action est assuré régulièrement par la Revue de Direction.

Les données du bloc opératoire sont, comme celles des autres secteurs d'activité de l'établissement, analysés lors des conseils de bloc tous les quadrimestres, et comparés avec les autres établissements du groupe.

L'efficacité du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la gestion des risques est évaluée. Des ajustements de la politique et des objectifs sont mis en œuvre en fonction des résultats des évaluations. Les organisations et actions mises en place sont partagées avec les autres établissements du groupe.

La communication des résultats et actions est réalisée en interne comme en externe, auprès des professionnels et des usagers. Les tableaux de bord d'activité, de ressources et de qualité sont accessibles aux personnels des services sur le site internet sécurisé.

Les résultats des IQSS sont affichés dans chaque hall et disponible au public sur le site internet de l'établissement.

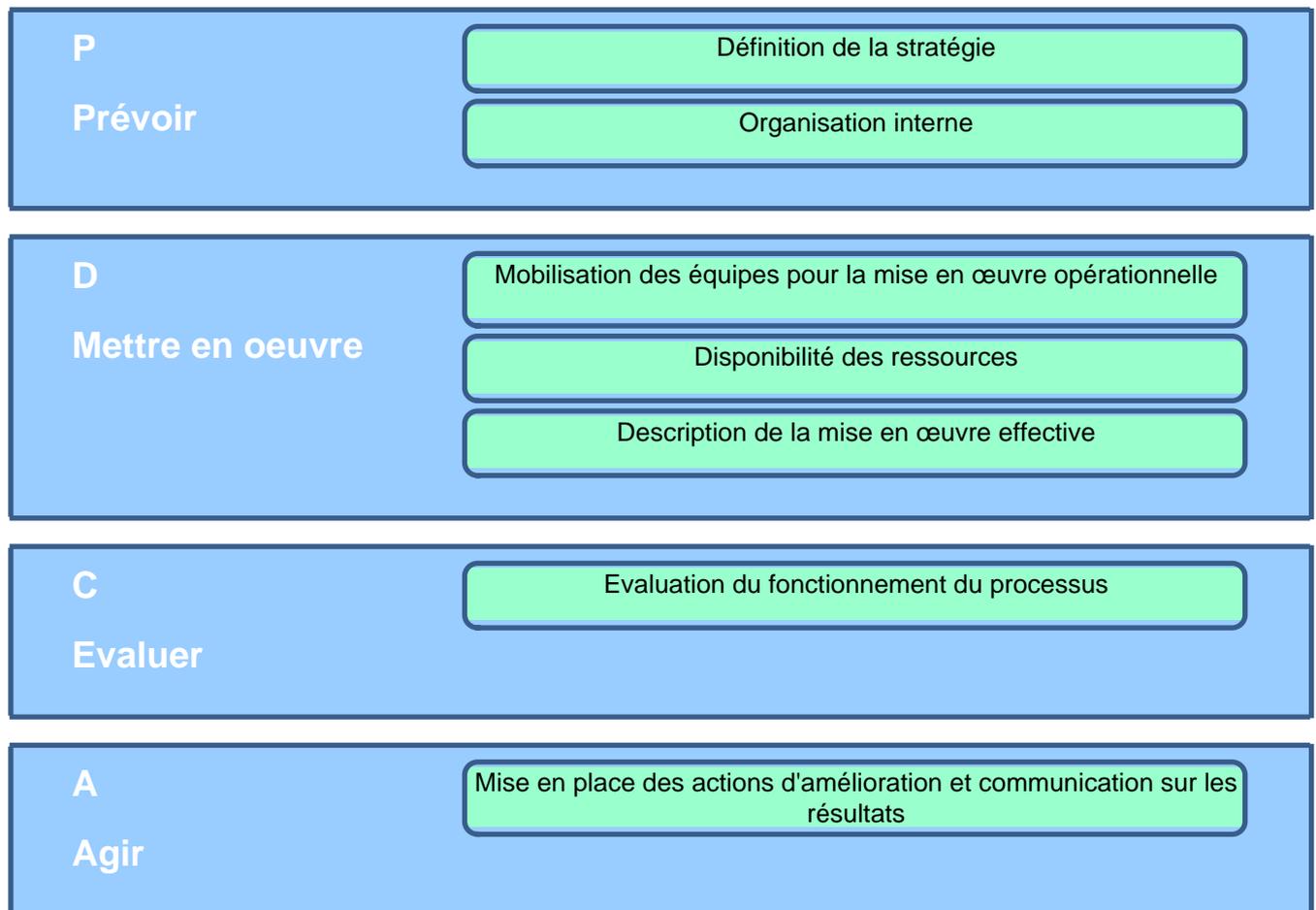
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe un seul secteur d'endoscopie à l'hôpital privé Cannes Oxford : les endoscopies digestive, pneumologique et urologique sont réalisées au sein d'une unité spécifique qui comprend 2 salles interventionnelles et une SSPI commune au bloc ; elles sont intégrées dans ce bloc. (Niveau:0). Une unité complète de bio-nettoyage semi-automatisée est incluse à ce niveau. Un secteur d'ambulatoire avec 15 box assure l'accueil de l'activité d'endoscopie externe, avec une équipe soignante spécifique.

L'endoscopie urologique est exclusivement effectuée au bloc, qui est chargé de la stérilisation des endoscopes rigides (stérilisation externalisée). Les cystoscopes souples sont désinfectés avec une procédure spécifique au sein de la même unité d'endoscopie.

Il existe une stratégie et des objectifs concernant le Management de la prise en charge du patient en endoscopie, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La cartographie des risques est commune depuis 2012 (révisée en 2014, 2016) à tout l'établissement sur le plan méthodologique, et les sources de données propres à l'endoscopie utilisent l'expérience des activités antérieures ISO. La politique qualité de l'établissement assure un contrôle mensuel de l'activité. Aucun signalement d'actions complémentaires n'a été émis lors des visites précédentes, l'établissement utilise les indicateurs issus du PMSI, et surtout du parangonnage avec les établissements du groupe.

La stratégie déclinée par les professionnels du bloc, validée par les instances concernées (direction, conseil de bloc) est déclinée dans un programme d'actions formalisée et priorisée. Quatre risques prioritaires ont été relevés et des plans d'actions ont été mis en place et aboutis.

Un programme d'amélioration de la qualité, élaboré en concertation avec les professionnels et le service qualité, est décliné sur 3 ans sur la base d'un plan d'actions défini, et pour la plupart déjà réalisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. La chef de bloc secondée d'une référente affectée à cette unité, coordonnent les professionnels et assurent la programmation. Celui-ci est déclinée dans un programme formalisé spécifique. Les modalités de mise en œuvre précisent les objectifs avec les priorités, comme la préparation colique, le risque lié à la désinfection, les besoins en effectifs et le respect des tenues vestimentaires. Ces activités sont directement rattachées au management du bloc avec la même organisation. La CME, le COPIL sont les principales interfaces. Le programme d'amélioration qualité est commun à tout l'établissement, et une revue mensuelle de bloc en assure la bonne tenue. Il n'y a pas de charte spécifique. Les interfaces sont communes (Dispositif Médicaux, laboratoire d'anatomo-pathologie, déchets, gestion de l'eau, de l'air, pharmacie...), il existe un support unique appelé "passeport".

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Une équipe médicale (gastroentérologue, MAR), et soignante (6 IDE et 2 ASQ) est spécifiquement dévolue à cette activité. Une cadre adjointe au chef de bloc assure la coordination des personnels et des activités. Les plannings sont garant de cette organisation (l'activité se déployant sur un programme prévisionnel mentionnant les disponibilités) qui se fait en limitant au maximum les débordements.

Le dossier patient est commun à tout l'établissement, permettant un échange d'informations et la coordination avec les différents secteurs et les professionnels. Seuls les anesthésistes possèdent leurs propres outils qui restent matérialisés ; l'établissement, dans le cadre de son regroupement, travaille sur un projet de logiciels communs au groupe.

Deux circuits patients spécifiques coexistent : l'un peu fréquenté pour les patients hospitalisés, se confondant à celui des autres salles, et l'autre (majeure) en lien direct avec l'UCA d'endoscopie, les patients étant amenés par des personnels de ces unités, limitant ainsi les délais d'attente.

La maintenance préventive est la même que celle du bloc, y compris pour les 2 lave-endoscopes ; la maintenance curative est spécifique et gérée par le personnel d'endoscopie et le service biomédical.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de ce secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs (4) et plans d'action opérationnels (9). La responsable du secteur d'endoscopie travaille conjointement avec celle du bloc et l'infirmière hygiéniste. Elles favorisent l'implication de l'ensemble de son équipe, notamment par une présence permanente sur place et des informations régulières. Des actions de communication sont réalisées pour sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés spécifique à l'endoscopie et sur le processus (réunion du conseil de bloc).

Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats.

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont identifiées et menées récemment (mise à niveau en 2016) en cas de besoin avec les professionnels (adaptation des équipes, nouvelles procédures de décontamination, changement du parc d'endoscopes, mise en quarantaine ou réparation, dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs). Une RMM a été réalisée (préparation colique), ainsi qu'une EPP.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et en particulier les effectifs sont adaptés à l'activité (une IADE supplémentaire lorsque deux salles fonctionnent en plus du Médecin Anesthésiste, une IDE en SI pour la prédésinfection, une ASQ à la désinfection, une IDE en SSPI) et leur formations est régulière soit en interne, soit en région, soit dans le cadre du groupe. Les formations sont adaptées à l'activité et à la nature des professionnels. Toutes les IDE (6) et ASQ (2) ont été formées spécifiquement à leurs missions.

Les soignants IDE sont polyvalents. Le matériel et les équipements (20 endoscopes, une armoire, 2 lave-endoscopes automatisés) sont adaptés aux besoins actuels qui seront prochainement augmentés dans le cadre d'une fusion avec un établissement voisin. La maintenance est assurée et tracée. Les contrôles biologiques mensuels ou en cas de nécessité. Le matériel de protection des personnel est disponible associé aux procédures.

La documentation est accessible et actualisée sur l'intranet disponibles dans les secteurs d'activité. Chaque personnel a son accès sécurisé.

Les locaux (deux salles interventionnelles, une SSPI et un local de désinfection) bien que limités en surface compte tenu du volume d'activité, sont adaptés en matière de norme de renouvellement d'air. Un projet d'externalisation de la désinfection est en cours avec une processus de transfert adapté et sécurisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité d'endoscopie connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. Une "check-list" spécifique (Digestif et pulmonaire) est réalisée à l'admission dans la salle interventionnelle. La traçabilité des actions et activités est assurée.

Dans toute l'unité et en particulier la salle de bio-nettoyage, la marche en avant est respectée. Les contrôles bactériologiques sont opérants et tracés.

Les règles et protocoles sont connus des professionnels et respectés à chaque étape de la prise en charge du patient. La traçabilité des vérifications est assurée par des "tickets" dont l'identification de l'endoscope et du professionnel. La procédure et la traçabilité liées aux risques ATNC sont effectives et opérationnelles.

Les pannes, envoi en réparation et mise en quarantaine sont tracées. Une procédure de décontamination en urgence est opérationnelle.

Le recueil des événements indésirables est assuré par une procédure spécifique connue des professionnels.

Les enquêtes ascendants sont possibles à partir des cahiers d'endoscopie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure mensuellement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité). Les audits sont réalisés (Check-list, conformité bactériologique, risque ATNC, formation, tenues, traitement des endoscopes, EIG liés aux soins...), dont

certains plusieurs fois par an.
Les indicateurs IQSS sont colligés dans le compte qualité. Une RMM a été réalisée (préparation colique), ainsi qu'une EPP.

Les EI, bien que peu nombreux, sont analysés en collaboration avec la cellule qualité.
De très nombreux protocoles ont été mis en place : Check-list, désinfection, stockage des endoscopes, transfert atelier, bain pour cystoscopes non autoclavable (uro.), tenues des personnels, remplissage fiches patients, matériel usage unique, formation des personnels...

A / AGIR

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

Les actions mises en œuvre (9) sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel. La répétition de certains audits (annuel ou bi-annuel) marque la réalité de cette continuité, concernant les ressources humaines, l'aménagement des locaux, l'adaptation du matériel, la mise à jour du système d'information la gestion des événements indésirables, les audits et les suivis de revues.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers.

Les actions d'amélioration sont communiquées aux personnels.