



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HÔPITAL PRIVE TOULON
HYÈRES - SAINTE
MARGUERITE**

**Avenue alexis godillot
83400 Hyeres**

MARS 2018

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	16
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	26
DOSSIER PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	51

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HOPITAL PRIVE TOULON HYERES - SAINTE MARGUERITE	
Adresse	Avenue alexis godillot 83400 Hyeres
Département / région	VAR / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	830000022	SAS HP TOULON HYERES - SAINTE MARGUERITE	Avenue alexis godillot 83400 Hyeres
Etablissement de santé	830100103	HOPITAL PRIVE TOULON HYERES - SAINTE MARGUERITE	Avenue alexis godillot 83400 Hyeres

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	72	30	/
MCO	Médecine	17	/	16863

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Certification ISO 9001 version 2015 : production de l'eau pour dilution des solutions concentrées pour hémodialyse, hémofiltration et hémodiafiltration en ligne ; maintenance et entretien des générateurs de dialyse, préparation et stérilisation des dispositifs médicaux. Certificat valable jusqu'en mars 2019
---	---

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	« Traitement du cancer » avec l'Institut Paoli Calmettes à Marseille Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Sainte-Marguerite relevant d'un Service d'Urgences / Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Sainte-Marguerite relevant d'un Service de Réanimation avec le Centre Hospitalier d'Hyères Dispositif d'orientation et de traitement des patients de la Clinique Sainte-Marguerite en cas de panne ou d'immobilisation du scanographe de la Clinique Sainte-Marguerite avec le Centre

Hospitalier d'Hyères

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Médecine	Cancer			MCO
2	Adulte	Chirurgie	Cardio myopathie			MCO
3	Adulte	Chirurgie	Tumorectomie			MCO
4	Personne âgée	Chirurgie ambulatoire	Embolie pulmonaire			MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

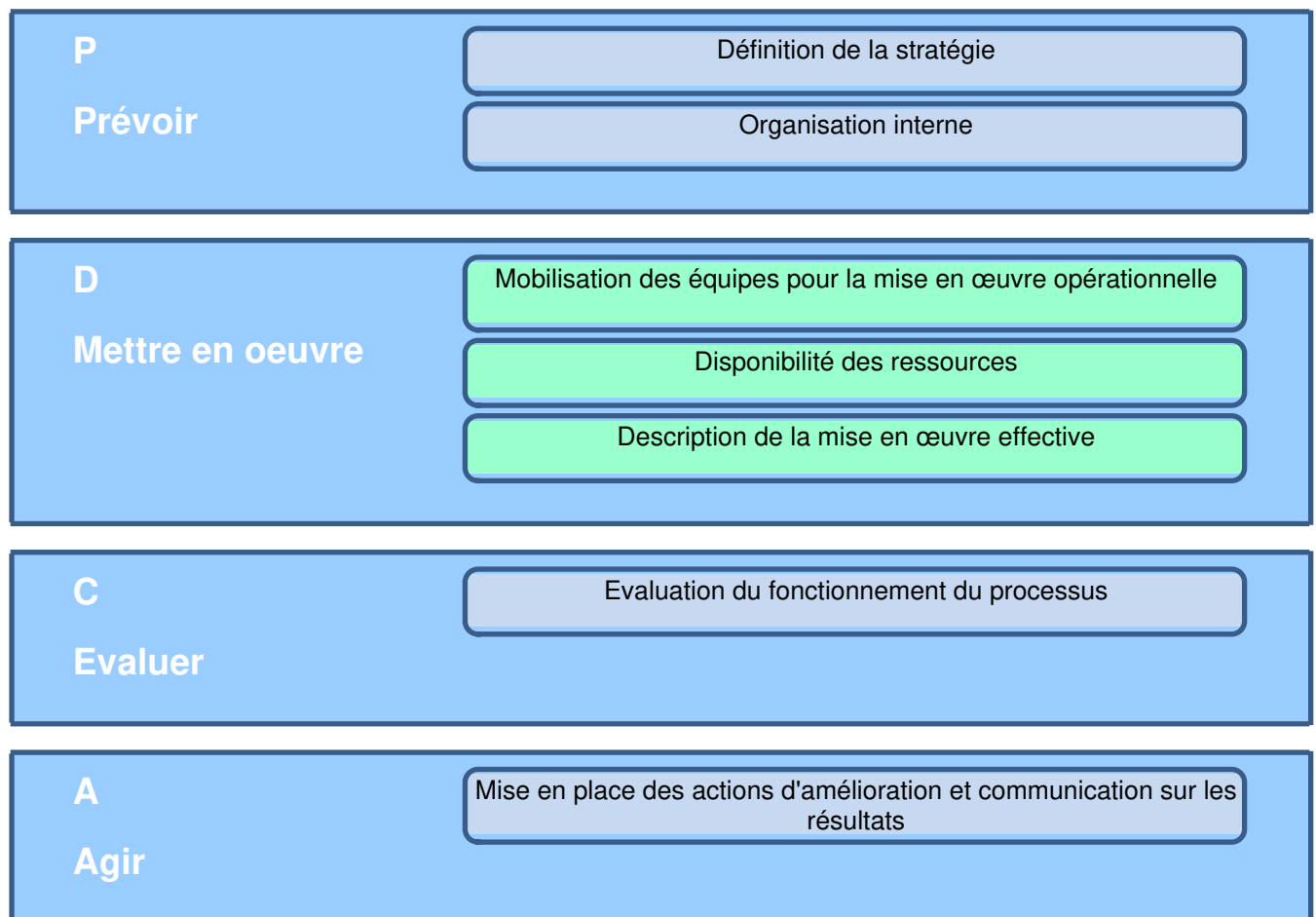
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Il existe une politique générale de management de la qualité et de la sécurité. Elle est intégrée dans les orientations stratégiques. Elle est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques.

Elle fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables déclinés, pour ceux qui le nécessitent, par secteur d'activité.

Cette politique de gestion des risques associés aux soins a été définie en incluant les responsabilités, les structures, la mise en œuvre. Cette politique a été actualisée en janvier 2017, ainsi qu'une politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Ces politiques définissent leur objet, la structure de la coordination instituée, le compte qualité, la participation des usagers, la gestion documentaire, la gestion des événements indésirables, les vigilances, les plaintes et réclamations, les évaluations de la satisfaction des usagers et des programmes d'amélioration de la qualité, les patients traceurs, les audits de pratique. Elles sont validées par les différentes instances et révisées ou actualisées. Une politique EPP a également été établie. Cette politique et le choix des thèmes des EPP ont été définis en CME. Le dispositif de concertation est effectif entre les professionnels de santé et la direction dans le cadre d'une sous-commission de la CME.

Cette politique précise l'engagement de l'établissement, les thèmes retenus, les objectifs et les modalités d'organisation.

Un programme d'amélioration de la qualité a été élaboré, avec un plan d'actions issu de la revue de direction, et décliné par service ou secteur. Il inclut les principales actions prioritaires à réaliser, avec les responsables, les échéances et la date de réalisation. Ce programme - réactualisé en novembre 2017 - observe un rythme quadrimestriel.

Les risques identifiés et hiérarchisés comme étant prioritaires pour l'établissement sont issus des cartographies des risques a priori et d'une analyse des risques a posteriori par analyse des fiches d'événements indésirables, mais aussi des résultats de contrôles, d'évaluations, d'indicateurs.

Le compte qualité résulte lui même du choix d'actions prioritaires du programme d'amélioration de la qualité.

Les thèmes prioritaires du plan d'actions concernent la sécurité transfusionnelle, les fiches d'événements indésirables, les délais d'attente, le taux de retour des questionnaires de satisfaction des patients.

ORGANISATION INTERNE

La revue de direction constitue un outil de management commun entre la direction et les responsables de secteurs d'activité, qui s'assure de la qualité du management de l'ensemble des secteurs d'activité par l'organisation de revues de direction quadrimestrielles.

Sont examinés en revue de direction chacun des secteurs d'activité et l'état d'avancement des plans d'actions (actions d'amélioration engagées, pilotes, échéances)

Tous les responsables des services participent aux revues de direction. Le président de la CME et le directeur général participent aux Comités de pilotage et aux revues de direction.

La coordination des différentes composantes du système de management de la qualité et de gestion des risques s'effectue dans le cadre des revues de direction.

Un Comité de Pilotage (COFIL) est mis en place, instance réunissant la Direction et les responsables des secteurs d'activité, et qui a pour but de définir les actions à engager dans les secteurs d'activité pour répondre aux recommandations de la certification, établir et suivre un plan d'actions spécifique en revue de direction.

Les membres du COFIL ont été sensibilisés sur la certification, le compte qualité, le patient traceur.

Une démarche qualité globale est instituée, sous la responsabilité d'un directeur responsable qualité, par délégation de la direction générale.

Le pilotage et la mise en œuvre du dispositif qualité sont renforcés dans le cadre de fonctions transversales, par la présence d'une attachée de direction-coordinatrice qualité, d'assistantes qualité, d'une attachée de direction en charge des EPP.

Des pilotes issus de la direction (directions : responsable qualité, responsable des risques et vigilances, responsable des blocs opératoires et des relations avec les usagers) conduisent la démarche qualité, au niveau stratégique ; et au niveau opérationnel, les pilotes sont issus de la cellule qualité et de la cellule vigilances.

Pour les EPP, les médecins bénéficient d'un soutien méthodologique assuré par une attachée de direction, chargée spécifiquement des EPP.

Par ailleurs, un suivi des EPP est effectué par la CME, de même que pour les RMM et RCP, ou les indicateurs.

Le COVIGERIS regroupe les différentes vigilances : hémovigilance, matériovigilance, pharmacovigilance, biovigilance, infectiovigilance, réactovigilance, aquavigilance, identitovigilance.

La coordination entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion globale des risques de l'établissement est assurée par le COVIGERIS.

Ce dernier fait un état de la veille réglementaire, dresse un bilan du programme d'actions, examine les CREX (actions correctrices) et les événements indésirables, établit un bilan des plaintes, valide les procédures et fait un point sur les vigilances sanitaires ou sur d'autres thèmes comme la certification, ou le plan blanc ou la semaine sécurité des patients.

Une coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins a été désignée, en concertation avec le président de la CME.

La coordonnatrice de la gestion des risques associés aux soins est en même temps responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse.

Elle préside également la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

La Cellule de gestion des réclamations et des plaintes traite celles-ci en relation avec la Commission des usagers (CDU).

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables. Pour toute plainte, une fiche d'événement indésirable est établie par la cellule de gestion des plaintes et réclamations.

La procédure « Gestion documentaire - Maîtrise des documents et des données » définit les règles de gestion des documents qualité, ainsi que les modalités de création, validation, diffusion, retrait, archivage, modification des documents du système qualité.

Une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales (ou interrégionales) et nationales de vigilance et de veille sanitaire.

L'établissement participe au réseau régional douleur, à l'association pour les soins palliatifs de la région PACA, à la structure régionale d'appui par l'ARS concernant les événements indésirables. Il intègre également les structures concernant le circuit du médicament.

Le plan blanc de l'établissement est opérationnel et fait l'objet d'un exercice annuel destiné à tester sa mise en œuvre.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité (médical, soignant, administratif, médico technique et logistique) a intégré les objectifs liés au management de la qualité et des risques en lien avec les orientations de l'établissement.

Il communique auprès de son équipe sur la politique générale de management de la qualité et de la sécurité, la stratégie de développement des E P P, les indicateurs du service et ceux à l'échelle de l'établissement.

Selon les besoins et les risques spécifiques des secteurs d'activité, le management développe en équipe des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Dans chaque équipe, des référents sont en place, participant aux différentes instances suivant les cas: C L I N, C L U D, C L A N, groupes R M M ou dossier patient informatisé, et qui répercutent les objectifs ou orientations définis.

Le management des secteurs d'activité participe, quant à lui, à de nombreuses instances et à la revue de direction, et mobilise donc les équipes sur les objectifs ou orientations ou sur les résultats atteints ou attendus.

Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes ou autres mesures)

Il organise par ailleurs des réunions plénières, de nature pluridisciplinaire, où sont présentés les projets de service.

Et également, des réunions plénières de formation ou de sensibilisation à la certification ont eu lieu, à destination de tous les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs (IDE, AS, ASH) sont adaptés aux risques et aux besoins liés aux activités des différents services.

Les documents utiles pour réaliser les missions sont accessibles. Des procédures ou protocoles sont mis en place pour maîtriser les risques dans les secteurs d'activité : procédure de gestion des événements indésirables, procédures spécifiques aux vigilances.

Des procédures ont été établies sur la gestion documentaire, le signalement des événements indésirables, la gestion des signalements des événements indésirables, la conduite à tenir en cas d'un événement indésirable de gravité majeure, la gestion des réclamations et plaintes, la revue de direction.

Un protocole a été établi sur l'analyse systémique des causes profondes d'un événement indésirable.

Des protocoles de soins sont élaborés : plus d'une trentaine sont en place dans l'établissement.

Des formations internes ont eu lieu sur les CREX, des formations externes ont porté sur la gestion des risques (par l'ARS).

Des formations e-learning sont également organisées, par exemple sur les erreurs médicamenteuses, sur l'hygiène, la douleur et les AES.

Le dispositif de gestion documentaire est connu des professionnels. Le système de mise à jour des documents est opérationnel. Les professionnels ont accès aux documents qui les concernent.
Le système d'information est en place et adapté aux besoins : accessibilité, confidentialité, équipement et fonctionnement des postes informatiques (postes fixes et portables, recours aux informaticiens du prestataire informatique, hotline).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des objectifs opérationnels sont déclinés au niveau des secteurs d'activité en fonction de leurs besoins et de leurs risques spécifiques. Ils sont traduits en plans d'actions d'amélioration
Les plans d'actions d'amélioration concernent notamment : des actions suite à des recommandations issues des contrôles réglementaires ; des actions d'amélioration pour améliorer la satisfaction des usagers ; les démarches d'EPP ; des analyses de la pertinence des soins ; des actions suite aux résultats des pratiques cliniques ; des actions correctives à la suite des analyses des événements indésirables et retours d'expérience ; des actions de prévention, et de récupération pour les activités de soins à risque; des recommandations suite à l'analyse des plaintes et réclamations ; des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux; des actions visant le bon usage des médicaments.
Les équipes participent à l'élaboration des procédures et autres documents ; à la déclaration, à l'analyse et au traitement des événements indésirables, aux vigilances sanitaires et réglementaires ; aux démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins suite à la réalisation d' E P P, de retours d'expérience, de réunions de concertation pluridisciplinaire dans les secteurs de chirurgie, d'anesthésie-réanimation et de cancérologie.
Elles participent de manière effective aux R M M et aux E P P.
Elles ont accès aux résultats des indicateurs de leur secteur d'activité et à ceux de l'établissement, dont les résultats des évaluations de la satisfaction des usagers
Le PAQSS a été soumis aux instances. Celles-ci examinent les tableaux de bord liés aux indicateurs qualité et sécurité.
La commission des usagers a participé à la validation de la politique et du programme d'amélioration. Par ailleurs, la commission des usagers participe au CLIN.
Le dispositif de recueil des attentes des usagers et de leur niveau de satisfaction est opérationnel .
Ces dernières sont prises en compte lors de l'élaboration des projets de secteur d'activité.
Dans le cas d'une plainte, le plaignant est informé des suites données et des éventuelles actions correctives mises en œuvre.
Des exercices de la réunion de la cellule de crise sont effectifs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille les indicateurs IQSS. Tous les indicateurs sont en classe A (un indicateur - le document de sortie - est en classe B). L'indicateur "Réunion de concertation pluridisciplinaire" (RCP) est également en classe A (2011-2014-2016).
Le suivi régulier de la progression des indicateurs permet à l'établissement de mesurer l'efficacité du processus au regard des objectifs initiaux.
Un tableau de bord des EPP a été réalisé et les EPP sont actualisées.
Des CREX (avec un tableau des actions correctives ou préventives) et RMM sont effectués par l'établissement. En 2016, 10 CREX ont été réalisés et 8 en 2017, et 6 RMM en 2016 et 5 en 2017. Un bilan des RMM et des CREX est effectué annuellement. Des bilans sont dressés sur les événements indésirables, par thématique, et également un bilan des événements sentinelles; sur les retours d'expérience ; les vigilances ; la maîtrise du processus transfusionnel ; les plaintes et réclamations ; la satisfaction des usagers ; les non-conformités réglementaires ; les résultats des indicateurs à l'échelle de l'établissement) ; le suivi du développement des démarches EPP ; l'avancement des analyses des risques a priori dans les secteurs d'activité et des plans d'actions associés ; sur les audits externes et internes.
Un dispositif d'audits de pratique est en place au sein de l'établissement. Ces audits, définis par secteur d'activité, se présentent sous forme de grilles, en lien avec les documents du système qualité, et mises à la disposition des utilisateurs sur le site de l'établissement. Ils sont restitués lors de chaque Revue de direction et validés.
Des audits ont été réalisés sur l'identitovigilance, la fiche transfusionnelle, l'urgence vitale sécurité transfusionnelle, la gestion de l'hémovigilance, le dépôt de sang, l'acte transfusionnel.
Des enquêtes de satisfaction patient sont réalisées. Un tableau recense les enquêtes effectuées de 2008 à 2016, portant sur les différents secteurs.
Des questionnaires de satisfaction sont remis aux patients au cours de leur séjour et leur analyse est communiquée en revue de direction, en commission des usagers et est disponible sur le site internet de l'établissement pour les patients et pour les professionnels de santé. L'engagement de l'établissement dans le Programme Hôpital Numérique concerne, au niveau du management de la qualité et de la sécurité la présence d'un tableau de bord de pilotage infra-annuel par pôle ou entité corrélant des indicateurs sur l'activité, la performance financière, les ressources humaines et la qualité; et l'utilisation du tableau de bord de pilotage dans le cadre du dialogue de gestion.

Tous les 4 mois, les patients traceurs réalisés sur la période écoulée sont présentés en revue de direction. Un bilan annuel est réalisé lors de la dernière revue de direction . L'organisation mise en œuvre pour cette méthode est évaluée lors de cette même réunion. La CME, la CSI et la CDU sont associées à l'examen de cette organisation.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont réalisées, dont les plus récentes ont concerné la revalidation de procédures (endoscopie, bio nettoyage, contention), la révision de procédures (planification, infectiovigilance), l'élaboration d'un score de réévaluation journalière de la contention et test du score, l'accompagnement des praticiens à l'intégration de la consultation initiale dans le dossier patient, la finalisation de la procédure d'intégration automatique des examens d'imagerie dans le dossier patient.

L'établissement réexamine les risques significatifs afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risques.

Le PAQSS est réajusté en fonction des résultats des évaluations. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont alors définis.

Une revue du PAQSS a lieu tous les 4 mois, avec une redéfinition des actions prioritaires . De nouveaux objectifs sont alors fixés dans le cadre de la revue de direction à destination des responsables de service et donnent lieu à un bilan de performance, dont les objectifs intégrés par les services feront l'objet d'une nouvelle revue de direction. Un document recensant tous les constats et plans d'actions est alors élaboré pour tous les types de risques, jusqu'à la prochaine réunion de la revue de direction.

Les comptes rendus des RMM et des CREX incluent la liste et le suivi des actions d'amélioration proposées.

L'établissement analyse et compare ses résultats à ceux d'autres structures similaires . Un bilan des audits est réalisé, qui compare les résultats des différents établissements affiliés au groupe, et une moyenne générale est établie.

Le CSTH est commun à deux établissements du groupe (HPTH Sainte Marguerite et HPTH Saint Jean).

Le COVIGERIS, le COMEDIMS sont communs aux établissements du Var, permettant un partage d'expériences.

L'établissement participe à un Interclud, à un Interclin et à un Interclan.

Par ailleurs, l'établissement collabore avec une structure régionale d'appui pour le signalement des E I G (Paca sécurité qualité) et participe à un groupe de travail du GRIVES (identitovigilance)

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites.

L'établissement rend compte de ses démarches d'EPP devant ses instances: CME et revue de direction et également suivant l'instance concernée.

Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont diffusés aux professionnels (site Internet et affichage).

La communication s'effectue également par le biais d'informations diffusées sur le web, à destination des professionnels et des praticiens ("Web infos"). Ces informations peuvent concerner les journées de sensibilisation sur un thème donné, la certification, les enquêtes de prévalence, la "mission mains propres".

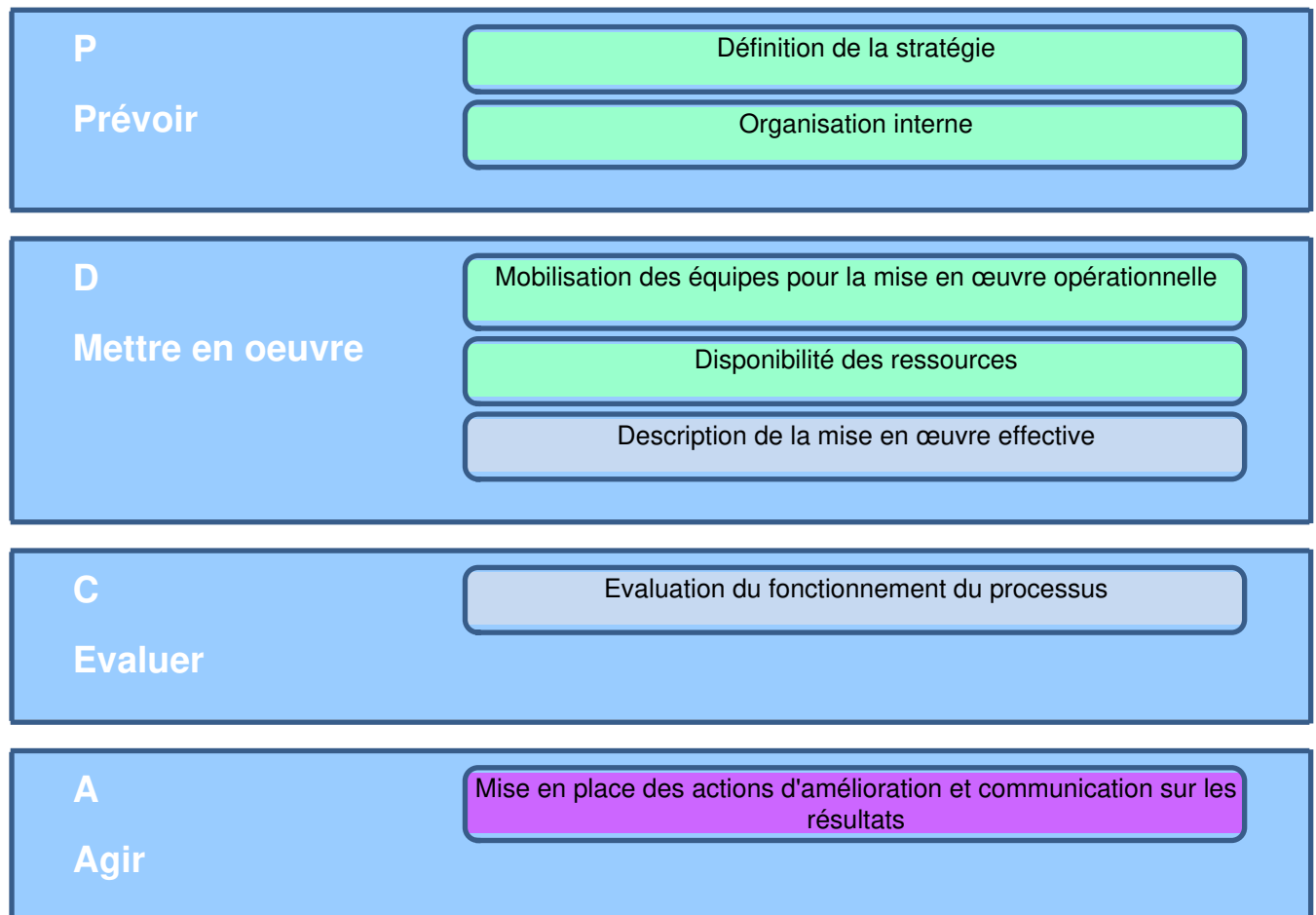
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Une politique est définie, en concertation avec la CME, le Directeur ESM / Soins et Hygiène et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux. Cette politique de maîtrise du risque infectieux (réactualisée en janvier 2017) définit les objectifs, les responsabilités, les structures et la mise en œuvre avec l'EOH.

Un dispositif de maîtrise en place s'y ajoute, reprenant le programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS).

Une politique concernant les déchets a également été mise en place, politique figurant également dans le projet d'établissement.

La politique de maîtrise du risque infectieux est validée en CME et en CLIN.

Un programme d'actions de maîtrise du risque infectieux a été établi pour l'année 2017, avec des actions portant sur la prévention, la surveillance, les formations, l'évaluation et le suivi d'indicateurs.

Ce programme est soumis à la direction générale pour approbation et aux avis du président de CME.

Le Compte qualité a identifié les risques prioritaires. Un plan d'actions a été associé aux risques.

Les actions à mettre en œuvre pour assurer l'hygiène des locaux et leurs modalités de traçabilité sont définies avec l'E O H .

La veille réglementaire est assurée par les IDE hygiénistes.

Une stratégie de communication est en place, avec la diffusion à tous les professionnels des comptes rendus des réunions de l' Inter Clin et du CLIN, et des indicateurs pour les professionnels et les usagers.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation et des moyens adaptés aux activités de l'établissement sont définis, en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'équipe opérationnelle d'hygiène, pour maîtriser le risque infectieux.

Une EOH est en place, comprenant une IDE hygiéniste et des correspondants en hygiène dans les services, pour la mise en œuvre du programme d'amélioration. Un profil du correspondant en hygiène a été établi, en détaillant ses différentes missions (prévention, information, évaluation).

Une fiche de poste a été établie pour l'IDE hygiéniste.

La gestion des antibiotiques a fait l'objet d'une instruction de travail pharmacie.

Une commission des antibiotiques a été instituée comprenant 1 pharmacien, 1 biologiste et 2 médecins.

Deux référents antibiotiques ont été nommés. Une Unité Transversale d'Antibiothérapie (UTA), ayant un rôle de conseil sur l'ensemble des établissements du groupe, a été créée.

Un antibioguide sert de support au choix des antibiotiques lors de la prescription d'une antibiothérapie. Cet antibioguide est diffusé par le biais du site internet de l'établissement.

Le CLIN définit annuellement une liste d'antibiotiques ciblés (notamment Céphalosporines de 3ème génération (C3G), Carbapénèmes, Fluoroquinolones) Ces antibiotiques sont en dispensation nominative. Un règlement intérieur du CLIN, de l' Interclin et de l'EOH a été établi.

Le CLIN de l'établissement se réunit 2 fois par an ; il en est de même pour l'Interclin.

L'Inter Clin réunit les présidents des CLIN des différents établissements, les directeurs de soins, les présidents de CME, les pharmaciens et l'équipe de direction.

Le programme d'actions est validé par les instances.

Une procédure organise les campagnes de contrôles environnementaux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité (médical, soignant, administratif, médico technique et logistique) a intégré les objectifs liés au risque infectieux en lien avec les orientations de l'établissement.

Il communique auprès de son équipe sur la politique concernant la maîtrise du risque infectieux ; sur les résultats des indicateurs du service et ceux à l'échelle de l'établissement.

Selon les besoins et les risques spécifiques des secteurs d'activité, le management développe en équipe, des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Dans les équipes, des référents, des correspondants en hygiène sont en place, participant aux différentes instances suivant les cas, et notamment au CLIN, et qui répercutent les objectifs ou orientations.

Le management des secteurs d'activité, quant à lui, participe à de nombreuses instances et à la revue de direction, et mobilise donc les équipes sur les objectifs ou orientations ou sur les résultats atteints ou attendus.

Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles,

consignes ou autres mesures).

Le PAQSS fait l'objet d'une révision quadrimestrielle, dont les objectifs revus sont transmis aux services ou secteurs qui doivent présenter pour la revue de direction suivante l'état d'avancement de ces objectifs, à partir duquel un nouveau plan d'actions sera établi.

Les équipes peuvent s'appuyer sur l'expertise de l'IDE hygiéniste qui déploie les actions dans les services, avec l'aide des référents hygiène.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des procédures ont été établies, portant sur la gestion des déchets, les tenues professionnelles des différents secteurs d'activité, les précautions complémentaires, l'évaluation et dépistage des patients à risques d'infection nosocomiale et de portage de BMR et BHR, l'organisation d'un secteur de cohorting, les précautions spécifiques BHR, les contrôles particuliers et microbiologiques au sein de l'Unité de Reconstitution des Cytotoxiques, la gestion des excréta, l'isolement protecteur, les "Protocoles de soins" et toutes les Instructions de Travail I T S 03 associées, la gestion de

l'infectiovigilance, le signalement des événements indésirables, le circuit du linge recyclable (tissé) ou à usage unique (non tissé), l'hygiène des locaux, le bio nettoyage de la salle d'opération.

Des formations visant la maîtrise du risque infectieux ont été dispensées:

Formation « Hygiène hospitalière des nouveaux arrivants » (ont été formés 34 professionnels en 2015, 20 en 2016 et 23 en 2017).

Formation « Hygiène des mains » (4 professionnels formés en 2015)

Formation « Correspondant en hygiène » (2 professionnels formés en 2015, 3 en 2017).

Formation « Prise en charge des plaies » (10 professionnels formés en 2016).

Formation « Recommandations hémocultures » (21 professionnels formés en 2016)

Le taux de personnels formés annuellement sur la plateforme de E-learning « Elisa » sur le thème Hygiène des mains-soignants atteint 60% et 88% en 2015 et 2016, et 77% pour le personnel administratif en 2016.

Des guides de bon usage des soins ont été élaborés dans le cadre de la maîtrise du risque infectieux portant sur les cathéters et sondes.

Un programme de maîtrise de la diffusion des BMR est établi.

Une E O H est en place dans l'établissement, composée d'une IDE hygiéniste et de correspondants hygiène dans chaque service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'EOH se réunit régulièrement : 5 réunions transversales ont eu lieu en 2016, et 8 réunions en 2017, auxquelles s'adjoignent les réunions locales: 3 en 2016 et 4 en 2017.

Il faut y ajouter les réunions RCP infectiologie : 2 réunions en 2017.

L'établissement a mis en place a minima un correspondant en hygiène par service

L'intervention de l'IDE hygiéniste dans le dossier patient informatisé est effective, avec, par exemple, la vérification des précautions prises, l'information donnée au patient, et la compréhension des informations données.

Tous les nouveaux arrivants suivent une formation en hygiène

Des campagnes de contrôles environnementaux sont planifiées.

Des analyses de prélèvements de surfaces sont effectués pour la surveillance des secteurs à haut risque, et ont lieu des contrôles de l'aéro bio-contamination des salles propres.

69 analyses sur les surfaces ont été réalisées en 2017.

Par ailleurs, l'eau fait également l'objet d'analyses (31 analyses en 2017), ainsi que l'air (30 analyses en 2017).

Les campagnes de prélèvements eau-air-surfaces ont lieu 2 fois par an.

Une surveillance en incidence des ISO, ainsi que des ISO d'interventions ciblées, des infections associées aux soins et des BMR, est réalisée par quadrimestre.

Un tableau de bord de surveillance des antibiotiques (ATB) ciblés est réalisé à partir des ATB dispensés par patient, incluant l'ATB utilisé, le fait de savoir si l'antibiothérapie est adaptée ou non, et l'indication de la pathologie.

La réévaluation de l'antibiothérapie à 48-72h est effective dans le dossier patient informatisé, qui comporte une alerte incluse dans le dossier patient.

Une information du patient si porteur de BMR et en cas de signalement est effectuée.

Les modalités d'information du patient sont précisées dans un document remis, incluant la définition, les précautions recommandées durant le séjour et à domicile.

Pour le bio nettoyage, une traçabilité est effectuée par les ASH. Des locaux spécifiques sont prévus, ainsi que le matériel et les produits adaptés. Les indications ont été données sur l'utilisation des produits et leurs dosages.

Une surveillance de l'écologie bactérienne est organisée. Elle porte sur l'ensemble de l'établissement.

Plus de 2 500 prélèvements diagnostiques ont été réalisés en 2017 (E C B U- site opératoire - hémocultures - L B A/C B C - cathéters).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs I Q S S sont recueillis par l'établissement:

I C A B M R (2016)- I C A L I N 2 (2015) - I C A L I S O (2015)- I C A T B 2 (2016) - I C S H A 2 (2016).

Tous ces indicateurs du T B I N sont en classe A. Une RCP infectiologie a fait le point sur les infections, les B M R, les cibles pour l'année 2017 et sur le suivi des antibiotiques contrôlés. Un bilan du CLIN est effectué annuellement, avec une évaluation des différents éléments entrant dans le cadre de la surveillance et de la maîtrise du risque infectieux.

Un taux de conformité des contrôles microbiologiques surface est établi (résultats 2016)

De nombreux audits de pratique sont effectués. Ces audits sont effectués annuellement, sinon de manière quadrimestrielle. Plus d'une trentaine sont recensés.

Il est possible de citer, entre autres: le sondage urinaire en service de soins ; le linge : tri et collecte; la conduite à tenir en cas d'extravasation; les traçabilités contrôle de bon fonctionnement et bio nettoyage de la salle d'opération; le sondage urinaire au bloc opératoire; la traçabilité du contrôle de bon fonctionnement et bio nettoyage de la salle d'examen Bloc Endoscopie ; la pose, entretien et ablation d'un cathéter veineux périphérique ; le bio nettoyage des zones 3 et 4; la friction chirurgicale des mains P H A ; la tenue professionnelle; les précautions complémentaires contact, l'isolement protecteur, le tri et collecte des déchets (- en service de soins - au bloc opératoire - en S S P I) ; l'antibiothérapie; l'antibioprophylaxie; la préparation d'une séance de dialyse.....

Un questionnaire de satisfaction est distribué au patient sur la propreté.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre : revalidation des procédures relatives à l'hygiène, mise en place d'une RCP infectiologie, informatisation de la partie antibioprophylaxie sur l'antibioguide, choix d'un référent IDE hygiéniste.

L'établissement réexamine les risques significatifs non totalement éliminés ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risques.

Le programme d'amélioration associé est réajusté régulièrement en fonction des résultats des évaluations: de nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont fixés au regard des résultats des indicateurs et des objectifs atteints ; des actions d'amélioration sont programmées et mises en œuvre de manière structurée.

Une révision des objectifs a lieu tous les quatre mois à partir de la revue de direction, qui examine le bilan fourni par les services, le réajuste, détermine de nouveaux objectifs ("bilan de performance"), qui sont renvoyés aux services qui doivent les remplir, les satisfaire et renvoyer ensuite à la revue de direction pour un nouvel examen.

Un document recensant alors tous les constats et plans d'actions est alors élaboré pour tous les types de risques, jusqu'à la prochaine réunion de la revue de direction.

L'établissement collabore à différents réseaux: participation au réseau CCLIN Sud Est - participation à l'Interclin du groupe.

Les réunions EOH transversales permettent un benchmarking entre les différents établissements du groupe.

Par ailleurs, le réseau ATB permet un état des lieux et une comparaison entre les établissements du groupe au fil des années.

Une information du public sur les résultats des indicateurs « Qualité et Sécurité des Soins » et notamment sur les indicateurs T B I N est organisée.

Les professionnels sont également informés par le biais de la gestion documentaire informatisée.

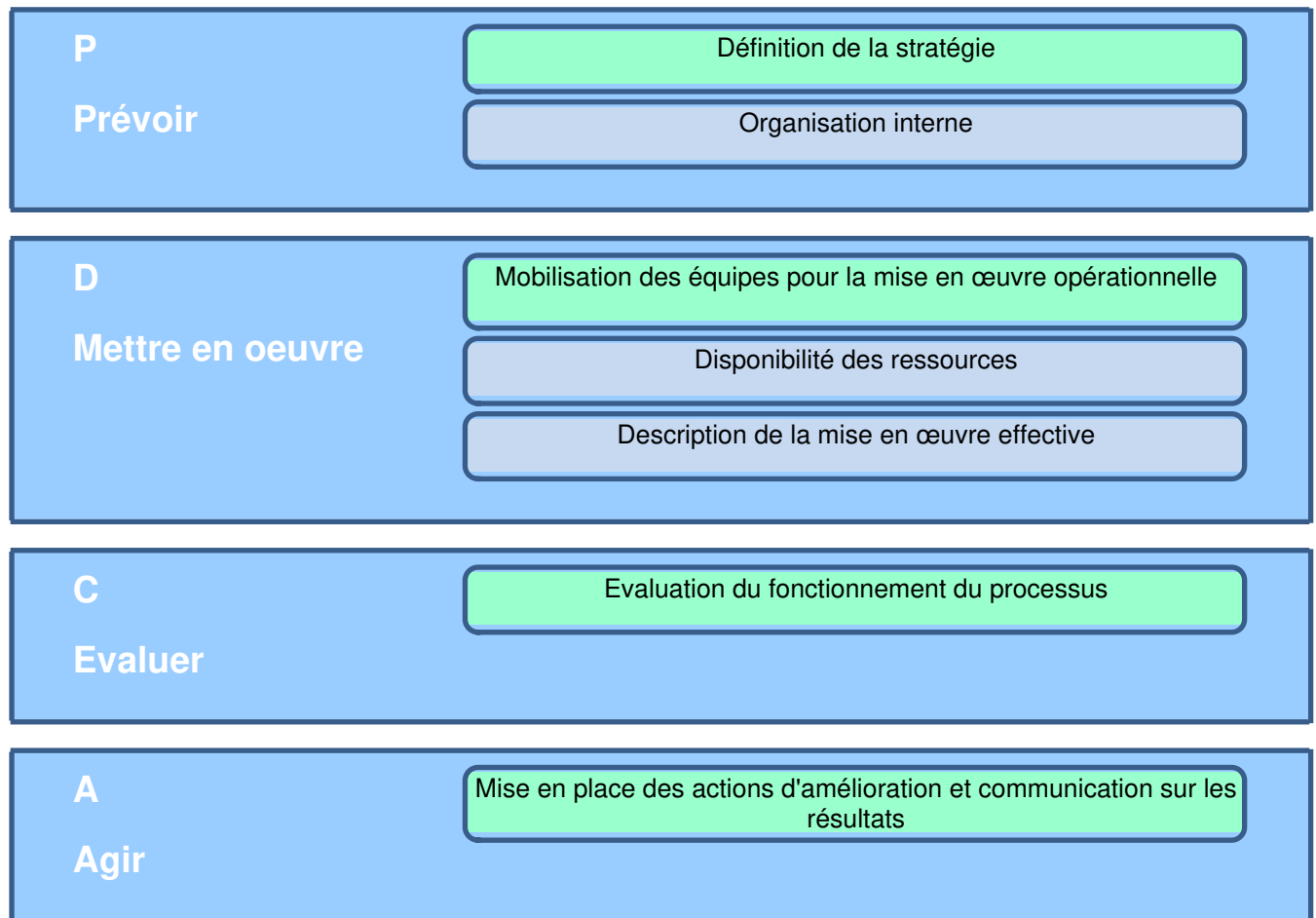
DROITS DES PATIENTS

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

L'Hôpital Privé Toulon Hyères – Sainte Marguerite a mis en place une démarche globale dans la prise en charge de l'utilisateur et dans l'accueil de son entourage, visant à promouvoir le respect de ses droits et libertés, son écoute et la prise en compte de ses attentes. Ses droits fondamentaux sont inscrits dans la politique qualité et gestion des risques de l'établissement 2012-2017 (mise à jour du projet d'établissement, janvier 2017). La prévention de la maltraitance ainsi que la promotion de la bientraitance sont des axes primordiaux dans la prise en charge du patient. Le compte qualité relatif aux droits des patients a été élaboré à partir d'un auto-diagnostic. Les risques ont été priorisés selon les grilles de hiérarchisation de la HAS. Les objectifs d'amélioration ont été posés dans un plan d'actions spécifique. Ceux-ci sont intégrés dans le programme global qualité/gestion des risques. L'ensemble de cette stratégie a été validée par les instances : CDU, CME, CSSI.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions, l'hôpital a prévu les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'audit de processus est piloté par la Directrice Qualité. Elle a été destinataire d'une lettre de mission émanant du Directeur. Une attachée de Direction est responsable de la cellule de gestion des plaintes et réclamations, ses missions sont définies dans sa fiche de poste. Des bénévoles interviennent sur le service d'oncologie. La formation à l'accueil, à la communication, à la promotion de la bientraitance initiée en 2015 est intégrée au plan de formation annuel.

La CRU est devenue la CDU au 1^{er} janvier 2017 et se réunit 4 fois par an. Une permanence d'accueil des usagers est tenue tous les mardis de 14h à 15h. Son règlement intérieur, défini selon les prérogatives déterminées par la loi, a été actualisé dans un avenant et a été validé par la CDU. Sa composition est conforme à la réglementation. Les RU ont été formés au CLIN, au CLUD, à la certification. Ils sont intégrés au sein du comité éthique. Il existe une commission éthique depuis 3 ans : les professionnels ont accès à des diaporamas traitant des sujets éthiques ainsi qu'à la documentation de l'espace éthique méditerranéen via le site internet de l'établissement. Elle se réunit deux fois par an et plus si besoin. Le pilotage est assuré par la directrice des soins. L'établissement adhère à l'ASP PACA et au réseau douleur PACA. La prise en charge de la douleur est une valeur forte de l'établissement. Un interCLUD, et une équipe opérationnelle Douleur inter établissement Sainte Marguerite sont en place, ces instances sont chargées d'optimiser la prise en charge de la douleur dans les différents secteurs d'activité. Le patient est informé par le praticien lors de la consultation et plus particulièrement lors de la consultation d'anesthésie. Des supports spécifiques existent pour la prise en charge de la douleur chez l'enfant, comportant des conseils éducatifs pour les parents. Les procédures relatives à cette thématique sont disponibles sur le site internet. Les droits du patient sont énoncés dans le livret d'accueil avec notamment la charte de la personne hospitalisée, l'engagement dans la prise en charge de la douleur, la personne de confiance, les Directives anticipées, le droit d'accès au dossier, la non divulgation de la présence, l'Informatique et libertés.... Ils sont également énoncés sur le site internet de l'établissement. Le rappel des droits du patient est systématiquement intégré dans tout protocole de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la mise en œuvre du programme d'amélioration de la bientraitance et de la promotion du respect des droits du patient est assurée dans les domaines qui le nécessitent : prise en charge de la douleur optimisée, sécurité de l'identité, recueil du consentement, traçabilité de la personne de confiance, recueil des directives anticipées, information adaptée du patient, respect de la dignité et de l'intimité, la prise en charge du handicap, etc... Les Directrices des soins, la Directrice qualité et l'encadrement sont garants de la mise en œuvre du plan d'actions opérationnel. Ils sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Ils réalisent des audits réguliers sur la connaissance des droits des patients. La restitution est réalisée en revue de direction et en CSSI et lors des réunions de service.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des formations régulières sont organisées.

Les IDE sont formés aux « soins palliatifs et accompagnement de fin de vie ». Une IDE est en cours de formation au DU éthique.

Il peut être fait appel à la psychologue pour toute situation le nécessitant, soit auprès du patient, soit auprès de son entourage, soit auprès des personnels.

L'accueil des stagiaires est assuré par l'encadrement dans le cadre d'un plan d'intégration.

Le secret professionnel et la confidentialité sont des valeurs intégrées qui sont systématiquement rappelées aux nouveaux recrutés et à tout professionnel.

De nombreux documents participent à la promotion des droits du patient :

La composition de la CDU est affichée et est disponible sur le site internet.

Différentes chartes sont affichées dans les services :

- La charte de la personne hospitalisée,
- La charte de bientraitance élaborée en interne,
- La charte du respect de la confidentialité, de la dignité et de l'intimité du patient : les professionnels s'engagent à respecter les termes de cette charte.
- La charte Romain Jacob. Elle est connue des professionnels. Elle est diffusée sur le site internet de l'établissement. Ces chartes sont annexées au livret d'accueil et figurent également sur le site internet.

La charte de la dialyse est affichée à l'entrée du service .

Pour la prise en charge de la douleur chez l'enfant, des supports spécifiques comportant des informations et des conseils éducatifs sont remis aux parents.

Les procédures de la thématique sont actualisées et disponibles sur le site internet :

- Une procédure intitulée « Prise en charge d'un patient identifié à risque » précise les modalités de signalement d'un cas de maltraitance ;
- La procédure « prise en charge des patients appartenant à une population spécifique" encadre les modalités de prise en charge des personnes âgées, des patients porteurs de maladie chroniques, des enfants, des adolescents, des personnes atteintes d'un handicap et des personnes démunies.
- La procédure « Droits du patient : refus de soins, directives anticipées, et limitation ou arrêt des thérapeutiques actives « définit la conduite à tenir en cas de refus de soins de directives anticipées, et limitation ou arrêt des thérapeutiques".
- La procédure « prise en charge d'un patient nécessitant des soins palliatifs » décrit les modalités de prise en charge d'un patient nécessitant des soins de fin de vie, elle concerne : l'annonce d'un diagnostic grave, la prise en charge de la douleur, la prise en compte de la souffrance psychologique, sociale, spirituelle du patient et de ses proches, la prise en charge du confort du patient, sa prise en charge nutritionnelle, et le respect des droits du patient.
- Il existe la procédure d'information du patient de la survenue d'un événement indésirable GRAVE, et de dommages liés aux soins lors de sa prise en charge.

Dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique et des soins palliatifs, l'établissement dispose de protocoles spécifiques pour les douleurs aiguës, les douleurs chroniques , les accès douloureux paroxystiques.

Par ailleurs, des livrets d'information existent et sont remis au patient selon la pathologie ou l'intervention concernée :

- LIP (Livret d'Information du Patient) avant un acte sans anesthésie ou sous anesthésie locale (douleur, admission, consignes avant l'acte, identification du patient, consentement éclairé, évaluation des risques ATNC)
- LIP service de médecine, information sur la transfusion sanguine et administration des médicaments dérivés du sang, interdiction de fumer, directives anticipées, chutes, questionnaire patient, engagement du patient, personne de confiance, personne à prévenir, demande de non divulgation de la présence,
- LIP avant une intervention chirurgicale et /ou un acte sous anesthésie en vue de l'intervention comprend le dossier anesthésique. Autorisation du patient, accueil cas particulier du patient mineur ou du patient majeur sous mesure de protection. Accueil de l'étudiant.
- LIP en ophtalmologie intervention de la cataracte,
- LIP endoscopie digestive diagnostique/interventionnelle,
- LIP oncologie ambulatoire (chimiothérapie),
- LIP onco-hématologie, biopsie ostéomédullaire,
- LIP en anglais.

Les conditions d'hébergement sont adaptées à la prise en charge des patients. Toutes les chambres sont équipées d'un mobilier fonctionnel, d'un cabinet de toilette, d'un téléviseur, d'un téléphone avec ligne directe et d'un système d'appel du personnel soignant.

Chaque chambre est équipée d'un coffre dans lequel le patient peut déposer ses objets de valeur et effets personnels, au cours de son hospitalisation.

Des locaux spécifiques en service de médecine permettent l'accueil des familles. Celles-ci peuvent demander à être reçues par le médecin, la psychologue, et la diététicienne. L'accueil de l'entourage est organisé : des lits accompagnants sont proposés et des plateaux repas peuvent être servis en chambre. Des distributeurs de boissons et confiseries sont disponibles à différents points de l'hôpital.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et le respect des droits des patients. Les pratiques respectent la réglementation.

L'accès au secteur d'hospitalisation est facilité (horaires de visite etc...) pour l'entourage. Celui-ci bénéficie d'un accueil personnalisé et de soutien dans les situations qui le nécessitent.

Les consultations sont réalisées dans des bureaux où les conditions de confidentialité sont respectées. Le patient reçoit une information claire sur les actes qui lui sont proposés et sur les risques encourus en l'état des connaissances scientifiques actuelles, de façon à recueillir son consentement éclairé. Ces informations sont colligées dans le LIP systématiquement intégré dans le dossier du patient. Le livret d'accueil est remis au patient par la secrétaire des anesthésistes le jour de la pré admission. Lorsqu'il s'agit d'un patient mineur ou d'un patient incapable majeur, le consentement des détenteurs de l'autorité parentale (accord écrit des deux parents) ou des tuteurs est requis.

Lors de l'admission, le secrétariat administratif prend en compte le handicap signalé et propose une chambre adaptée. Le recueil de la personne de confiance est systématiquement réalisé. Le recueil de données et les macros cibles d'entrée sont adaptés aux pathologies. L'enfant reçoit systématiquement un « Certificat de grand courage » pour tout soin qui lui est prodigué.

L'intimité et la dignité sont respectées lors des soins et de la toilette, y compris dans les chambres doubles avec des rideaux de séparation. Les dossiers patients sont rangés dans les salles de soins dont l'accès est sécurisé. Lors d'un transfert, le dossier est transporté dans une pochette opaque. Les mesures de restriction de liberté (contention ou isolement) relèvent systématiquement d'une prescription écrite, datée, et signée dans le dossier informatisé, intégrant la réflexion bénéfices risques. La réévaluation journalière est organisée. Un score d'évaluation de la contention est en phase test, il est intégré dans la macro cible d'entrée.

Une bénévole de l'association Soins Palliatifs du Var intervient tous les mardis en médecine.

L'information sur les Directives anticipées figure dans le livret d'accueil du patient. Leur recueil est organisé, les souhaits des patients sont pris en compte. Il existe un staff hebdomadaire pluri professionnel (médecin oncologue, médecin oncogériatre, IDE, AS, diététicienne et psychologue) concernant les patients identifiés en soins palliatifs dans le service de médecine.

Dans le cadre des prises en charge de fin de vie, les décisions collégiales sont tracées dans le dossier du patient informatisé.

L'établissement n'est pas habilité à pratiquer les prélèvements d'organes mais participe activement à l'information sur le don d'organes.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Différentes évaluations sont menées sur cette thématique et la mesure de l'efficacité est réalisée par le suivi d'indicateurs : « audit sur la connaissance des droits du patient », « audit prise en charge du patient en fin de vie », E P P « prise en charge de la douleur post opératoire par l'analgésie contrôlée par le patient », « E P P qualité de la prise en charge du patient hémodialysé chronique », « audit mise en place d'un dispositif de contention », « audit identification à l'entrée d'un patient à risque suicidaire », « évaluation des patients en oncologie sur les soins de support » etc..

La satisfaction des patients en termes de prise en charge de la douleur est mesurée par des questionnaires douleur différents selon les secteurs d'activité.

La Direction et les responsables des secteurs d'activité évaluent trois fois par an la politique qualité gestion des risques, centrée sur les droits du patient au cours des revues de Direction.

L'établissement évalue le respect des droits du patient à travers l'analyse des questionnaires de satisfaction des patients comportant notamment des items sur le respect de la confidentialité, de l'intimité. Les délais d'attente des patients sont évalués dans l'ensemble des secteurs.

Un tableau de bord d'indicateurs permet de suivre l'ensemble du dispositif de maîtrise de cette thématique comme par exemple, le nombre de Commission Éthique, de CDU, d'évènements indésirables relatifs au thème « refus de traitement ou de soins en dialyse »....

A / AGIR

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

Les actions identifiées suite aux nombreuses évaluations réalisées sur cette thématique sont mises en œuvre : poursuivre la sensibilisation des professionnels aux droits du patient, mettre en place un LIP spécifique à la dialyse, informer les personnels sur la Charte Romain Jacob relative aux situations de handicap, rappeler les principes de la Charte bientraitance en CSSI ...

La communication des résultats des évaluations est réalisée au cours des revues quadrimestrielles de Direction, des instances dont la CDU, et directement auprès des professionnels par l'encadrement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

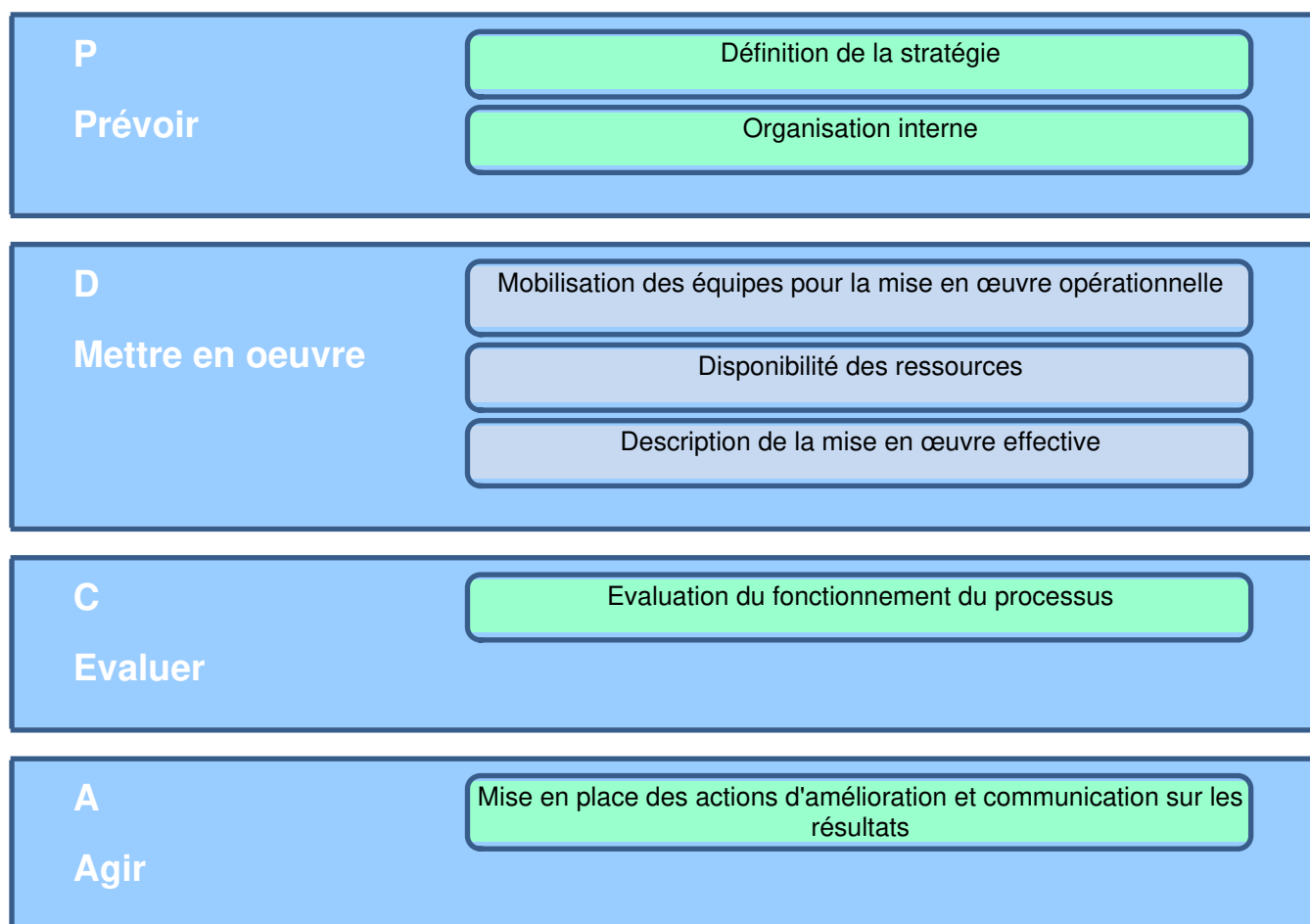
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les missions principales de l'établissement sont définies et l'activité pratiquée est axée autour de 4 pôles essentiels :

1. la chirurgie en hospitalisation et en ambulatoire ;
2. l'hémodialyse ambulatoire et la néphrologie en hospitalisation ;
3. l'oncologie ambulatoire et l'oncologie en hospitalisation dont les soins palliatifs ;
4. l'imagerie lourde avec un scanner (2008) et un IRM (2015).

La stratégie précisée dans le projet d'établissement, actualisée en janvier 2017 prend en compte les besoins de la population tels que définis dans le schéma de planification sanitaire, le PRS 2017 ainsi que les orientations stratégiques du CPOM signé en juillet 2012 avec l'ARS PACA. L'hôpital dispose d'une capacité d'accueil de 193 lits et places ainsi répartis : 82 lits de chirurgie générale, dont 10 lits en Unité de Surveillance Continue (USC), de 35 places d'oncologie ambulatoire, 25 places de chirurgie ambulatoire, 17 lits de médecine (néphrologie, oncologie), et de 34 place de dialyse ambulatoire.

Les cartographies des risques liées au parcours sont élaborées par spécialité : processus chirurgie, processus dialyse ambulatoire, processus médecine, processus oncologie ambulatoire, processus chirurgie ambulatoire (UCA), processus Unité de surveillance continue (USC), processus département de l'information médicale (DIM) et système d'information. Les risques prioritaires issus de ces cartographies et des risques a posteriori (EI) figurent dans le compte qualité et font l'objet d'un plan d'actions, intégré dans le PAQSS global de l'établissement. Les modalités de mise en œuvre du programme sont établis : objectifs, actions, un responsable par action, un échéancier ainsi que des indicateurs de suivi. L'ensemble de cette stratégie est validée par les instances et est déclinée dans un programme d'actions priorisé.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes de ce processus sont désignés : les Directeurs ESM / Soins et Hygiène et Soins et Nutrition. Celles-ci ont été destinataires d'une lettre de mission émanant du Directeur de l'établissement. Leurs responsabilités sont formalisées dans une fiche de poste.

Au regard de ses missions, l'établissement a prévu les ressources humaines, matérielles, et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

Le projet social défini dans le projet d'établissement a pour objectif de s'assurer de la mise en place d'une politique sociale cohérente avec les besoins en matière de gestion des ressources humaines centrée autour de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients. Le plan de formation du personnel est établi en fonction des priorités règlementaires, institutionnelles et des besoins des personnels.

L'ensemble des documents qualité relatifs au parcours du patient est accessible sur l'internet de l'établissement, comme par exemple les procédures d'accueil d'admission, administratives, paramédicales adaptées aux différents types de prises en charge (enfants, personnes non communicantes, personnes âgées). L'organisation interne et le système d'information hospitalier intégré facilitent la coordination et la prise en compte des besoins du patient au travers de plannings horaires, de tableaux de gardes et d'astreintes, de fiches de réservation prévisionnelle, de logiciel de planification des séjours et des interventions, du dossier patient informatisé. La politique hôtelière est également formalisée considérant que la nutrition est un soin, qu'elle doit faire l'objet d'une organisation et de règles spécifiques et qu'il s'agit d'adapter le soutien au risque nutritionnel en se basant sur les recommandations d'apports nutritionnels et une organisation de soins en nutrition.

La gestion des interfaces entre les différents secteurs d'activité est organisée : les règles de fonctionnement entre les services de soins, l'imagerie médicale, le laboratoire sont définies. Une convention de fonctionnement est établie avec l'imagerie médicale et les laboratoires d'analyses. Les fiches de réservation rédigées par le médecin sont transmises au service de planification qui coordonne la pré admission et l'organisation du parcours du patient.

La plateforme du ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources, outil de description des Ressources de l'offre de santé) est utilisée pour faciliter l'orientation des patients sortants vers les structures adaptées en réduisant les délais de réponse.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le projet d'établissement est décliné en projet de soins et projets de service dans chaque secteur gérés par l'encadrement en collaboration avec l'équipe médicale et d'un plan d'actions spécifiques assorti d'indicateurs de suivi dont les IQSS.

Les professionnels ont connaissance du plan d'action et sont sensibilisés aux objectifs définis.

L'implication des équipes est recherchée, et soutenue par des informations régulières délivrées par l'encadrement. Le maintien des compétences est assuré à l'appui de nombreux audits à visée pédagogique. Le suivi des formations est réalisé tous les 4 mois au cours des bilans de performance exposés en Revue de Direction. La surveillante générale réunit toutes les semaines l'encadrement de proximité. 2 CSSI sont organisées par an. Les médecins et les personnels sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables liés au parcours du patient. Ceux-ci peuvent faire l'objet d'une analyse en RMM ou en CREX en associant les professionnels concernés. L'accueil et l'intégration d'un nouveau salarié fait l'objet d'un plan de formation interne. L'encadrement des stagiaires est structuré, coordonné avec les IFSI. Les personnels sont formés au tutorat. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues lors d'audits des pratiques ou d'EPP diligentées en interne. Des actions correctives sont mises en place en cas de nécessité. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, en matériel et documentaires sont disponibles dans les secteurs d'activité. Au niveau de la gestion des ressources humaines, 75 praticiens libéraux exercent leur art au sein de l'hôpital, assistés de 300 salariés dont 120 IDE.IBODE.IADE. Une équipe de suppléance, composée de 5 IDE, 4 AS, 2 ASH est en place et pallie les risques d'absentéisme de jour et de nuit. Des contrats d'apprentissage IDE sont financés par l'établissement et aboutissent à l'embauche de l'étudiante lors de l'obtention de son diplôme. Le développement professionnel est également favorisé, la montée en charge des compétences est recherchée avec une politique forte de formation. Le plan de formation est annuel et suivi notamment lors des revues de Direction. Il est élaboré selon les catégories professionnelles (IDE, AS / IDE en SSPI, au Bloc opératoire). Une politique promotionnelle interne est développée : les ASH pour devenir AS, les AS pour devenir IDE, les IDE pour devenir cadres, les cadres pour obtenir un poste de Direction. Il y a 7 médecins anesthésistes réanimateurs. Parmi les 6 IADE, 3 sont salariés de l'établissement. L'établissement a également financé des diplômes universitaires sur les domaines d'expertise : 3 IDE ont obtenu un DU douleur, 3 IDE un DU hygiène, 4 IDE un DU sur le traitement de l'insuffisance rénale, 1 IDE un DU de psycho oncologie clinique, 3 IDE de soins infirmiers en réanimation, 2 IDE un DU responsable des services soignants en milieu hospitalier, un IDE plaies, brûlures et cicatrisation, une IDE Soins palliatifs, une IDE éthique et pratiques médicales, le pharmacien un DU de pharmacie clinique. Des formations sont disponibles dans le cadre de la formation interne en E-learning. Des formations relatives à la prise en charge de la douleur sont dispensées aux IDE et ASQ par les médecins anesthésistes réanimateurs, les infirmiers référents douleur et par l'intermédiaire du réseau douleur Paca Ouest. Des formations nutrition sont dispensées par la diététicienne. Des formations « prévention du risque à l'activité physique » permettent aux professionnels de prendre en charge les personnes handicapées de façon adaptée. Le service d'hémodialyse situé au 4^e étage est composé de 8 boxes de 4 à 6 lits et d'une salle d'urgence. Une équipe pluridisciplinaire est en place pour répondre aux besoins des patients accueillis. Elle se compose de : 4 Médecins Néphrologues, 1 Directeur Adjoint Pôle Dialyse ESM, 4 infirmières référentes, 30 infirmière(s) et 10 aides soignant(e)s spécifiquement formé(e)s à la dialyse, 4 techniciens de dialyse présents pour gérer les éventuels problèmes techniques, 3 secrétaires médicales qui accueillent et qui s'occupent de gérer les séjours hors du service de dialyse, 1 équipe d'agents de services hospitaliers qui assurent le bio nettoyage du service, 1 diététicienne et 1 psychologue. Des protocoles et procédures actualisés encadrent la prise en charge du patient dans le cadre de l'ensemble des pathologies traitées en tenant compte des profils des patients. Le risque suicide fait l'objet d'une procédure, incluant les modalités de dépistage et de prise en charge. D'autres procédures encadrent les modalités de sortie du patient y compris les sorties contre avis médical et les fugues etc... La prise en charge des patients appartenant à une population spécifique (personnes âgées, enfants, adolescents, patients atteints de maladie chronique, de handicaps, les personnes démunis) fait l'objet d'une procédure à laquelle peuvent se référer les professionnels. La prise en charge d'un patient détenu est formalisée. Il existe des brochures « d'actions éducatives ciblées » qui sont mis à disposition du patient et à son entourage sur les thèmes suivants : abord vasculaire, cardiologie, chirurgie digestives, chirurgie urologie, dialyse, diététique, risque infectieux, oncologie, orthopédie, prise en charge de la douleur... Une affiche humoristique existe intitulé « les enquêtes de l'inspecteur Vigilance » rappelle l'importance de la vérification de l'identité. Le patient dialysé dispose d'un cahier de liaison service dialyse/domicile comprenant le nom du transporteur, de la personne à prévenir et des numéros de téléphone en cas d'urgence y compris en dehors des heures d'ouverture du service de dialyse. Il dispose également d'un guide spécifique qui a pour but de l'informer ainsi que sa famille et/ou son entourage sur le traitement par hémodialyse. Le livret d'accueil pour enfant est formalisé. Un diplôme lui est remis pour tout acte de soins réalisé. Il existe un livret d'accueil pour les stagiaires et les nouveaux arrivants. Un logiciel de planification permet une gestion des lits dans les différents services de soins en temps réel, ainsi que la planification des interventions dans les différents blocs opératoires. L'équipe technique et biomédicale est encadrée par un responsable technique. La maintenance des bâtiments est gérée par GMAO. Un contrat est signé avec un prestataire unique biomédical. Le transfert d'un patient par brancardage est formalisé. Chaque service dispose d'un chariot d'urgence, géré conformément à la procédure ainsi que d'un DSA. La formation aux gestes d'urgence est organisée tous les 4 ans par des IDE formatrices AFGSU de

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La permanence de l'accueil est organisée, une hôtesse d'accueil oriente le patient vers les différentes structures d'accueil administratif de l'établissement. La programmation du séjour est réalisée dès la consultation médicale grâce à une fiche de réservation établie depuis le cabinet médical du médecin. Lors de la consultation de pré anesthésie, le patient effectue les premières formalités administratives auprès des secrétariats des anesthésistes. Il est informé des modalités d'entrée et du déroulement du séjour. Son identité est vérifiée sur la base de sa carte d'identité dont une copie reste dans le dossier. La réunion de concertation pluridisciplinaire est retrouvée dans les dossiers lors de la prise en charge initiale d'un primo diagnostic de cancer, elle comporte la proposition de prise en charge. En oncologie ambulatoire, une synthèse de soins sur la base du recueil de données est rédigée par l'IDE en fin de consultation dans le cadre du dispositif d'annonce et insérée dans le dossier du patient. Celle-ci permet d'orienter les diagnostics infirmiers et les actions de soins. C'est aussi un outil de liaison avec la psychologue, la diététicienne et le médecin traitant. Un staff pluridisciplinaire est organisé tous les 15 jours au sein du service d'oncologie ambulatoire afin d'évaluer et d'optimiser le programme personnalisé de soins du patient et la prise en charge de son entourage.

Les patients porteurs de maladie chronique éligibles à un Programme d'Éducation Thérapeutique sont identifiés et pris en charge notamment pour la patiente atteinte d'un cancer du sein. Si celle-ci donne son accord, un diagnostic éducatif sera posé avec les objectifs de la patiente. Le patient en chimiothérapie dispose d'un carnet de suivi avec les numéros de téléphone des professionnels et des informations sur les soins de support. Le service de dialyse travaille en collaboration avec les services de soins, qui peut accueillir les patients lors d'éventuelles hospitalisations. Une consultation IDE d'annonce de pré dialyse est en place, un guide spécifique est remis au patient lui apportant les informations sur le traitement par hémodialyse et sur la prise en charge globale au sein du service de dialyse. Lors de la consultation pré dialyse et/ou au cours du premier mois de dialyse, l'IDE référent propose au patient de participer à un programme d'éducation thérapeutique, il trace l'information donnée et la remise de la brochure ETP sur la macro cible dispositif d'annonce en dialyse. Il lui remet également des brochures d'éducation thérapeutiques ciblées selon les besoins spécifiques du patient. Le LIP spécifique à la dialyse est rempli conjointement par le patient et le médecin. Son consentement éclairé est recueilli après avoir reçu l'information sur son état de santé et la réflexion bénéfiques/risques qui en découle. Le dépistage du patient à risque de portage BMR et BHR e est également réalisé au sein de ce document.

Il y a 3 centrales de traitement de l'eau. Il existe une fiche de vérification du bon fonctionnement de l'installation du traitement de l'eau d'hémodialyse. Le responsable des services techniques suit ces indicateurs en réunion de revue de Direction. Les dialyses sont réparties sur 3 « séries » ce qui permet au patient de choisir le créneau horaire le mieux adapté à son rythme de vie. En dehors des heures d'ouverture du service, un Médecin Néphrologue et une infirmière d'astreinte sont joignables en cas de problème. Les patients suivis dans le service de dialyse ambulatoire sont vus par le médecin néphrologue à chaque séance de dialyse. L'IDE référente, L'IDE responsable du patient et le médecin néphrologue font la visite à l'appui du cahier de dialyse pour les permanents et de la pochette pour les vacanciers.

Le suivi des IPAQSS relatifs à la qualité de la prise en charge des patients hémodialysés chroniques affiche des résultats globalement conformes concernant la maîtrise de l'anémie, la surveillance du statut martial du patient traité par ASE, l'appréciation de l'épuration, la surveillance nutritionnelle (statut nutritionnel, consultation diététicienne) et l'évaluation annuelle des l'accès à la transplantation rénale. Le dépistage et la prise en charge des troubles nutritionnels occupent une place importante dans le recueil de données d'entrée et du suivi quotidien des patients. La diététicienne rédige une fiche diététique et assure son suivi nutritionnel.

La permanence médicale est assurée en journée par les praticiens intervenant ou consultant dans l'établissement. Un tableau d'astreintes opérationnelles médicales pour les nuits, weekends et jours fériés ainsi qu'un numéro d'astreinte de la Direction sont à la disposition des professionnels sur le site internet de l'hôpital. Une présence soignante (IDE, AS) est assurée 24h sur 24 dans les services d'hospitalisation à partir d'un planning horaire disponible dans chaque infirmerie. Des astreintes opérationnelles des soignants sont également organisées dans le cadre de la prise en charge d'une urgence dans les secteurs interventionnels.

Il existe également un numéro d'appel pour l'imagerie médicale et les laboratoires d'analyse.

La décision de la sortie résulte d'une concertation entre le médecin et l'équipe paramédicale. Dès l'entrée, l'adhésion du patient à son programme personnalisé de soins incluant la sortie prévisionnelle est recherchée et tracée.

Le patient sort avec les documents utiles pour assurer la continuité des soins : les radiographies, les résultats de laboratoire, l'ordonnance de sortie, la date d'un éventuel RDV avec le chirurgien, le courrier pour le médecin traitant, en chirurgie oncologique, un carnet de suivi incluant le Plan personnalisé de soins. En cas de transfert vers une autre structure ou en cas de soins infirmiers ou de kinésithérapie à domicile, un document de sortie IDE ou une fiche de liaison kiné sont remis au patient. En dialyse, un cahier de liaison permet de faire le lien avec l'entourage. Le patient peut être mis en relation avec les réseaux de soins externes (HAD, réseau 3C Var Ouest, consultation de stomathérapeute dans le cadre de conventions...)

Si le patient sort avec un régime diététique particulier, la diététicienne sur prescription médicale, rédige une ordonnance de sortie spécifique qu'elle lui explicite. Si le patient doit bénéficier d'une nutrition

entérale à domicile avec une HAD ou un prestataire de santé à domicile, la diététicienne organise la sortie et la continuité du protocole de nutrition initié en hospitalisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif structuré permettant l'évaluation périodique et régulière de la qualité de la prise en charge du patient. De nombreuses EPP sont réalisées : EPP nutrition « pertinence de l'alimentation parentérale : suivi de formation de tout le personnel, formation également sur la représentation de la sonde nasogastrique... EPP prescription chez le sujet âgé... Des audits réguliers sont réalisés par l'encadrement comme par exemple l'audit de contrôle sur la connaissance de la procédure « urgences vitales ». Les événements indésirables dont la criticité est élevée, sont analysés. En 2017, il y a eu des RMM en chirurgie, en dialyse, en oncologie/médecine et beaucoup de patients traceurs réalisés. Pour améliorer le score des IQSS relatif à la sortie, une grille d'audit a été élaborée avec le médecin DIM et un document de sortie infirmier a été mis en place.

A / AGIR

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

Suite aux différentes évaluations menées, des plans d'actions sont élaborés, intégrés dans le PAQSS global de l'établissement et suivis lors des Revues de Direction organisées tous les 4 mois.

La communication des résultats est réalisée, soit directement par l'encadrement, soit diffusée sur le site internet, soit par le biais du journal interne, soit par affichages dans les services, soit au cours de réunions institutionnelles, de réunions des instances, de la commission des usagers. L'hôpital participe à la semaine nationale sécurité et communique sur les démarches et leurs résultats auprès des professionnels, des patients et des visiteurs. L'établissement participe à des partages d'expériences, notamment à travers l'InterCLUD des établissements Sainte Marguerite et par son adhésion au réseau douleur régional PACA OUEST et pour la nutrition à travers l'InterClan des Etablissements Sainte Marguerite et par sa participation à l'InterClan PACA.

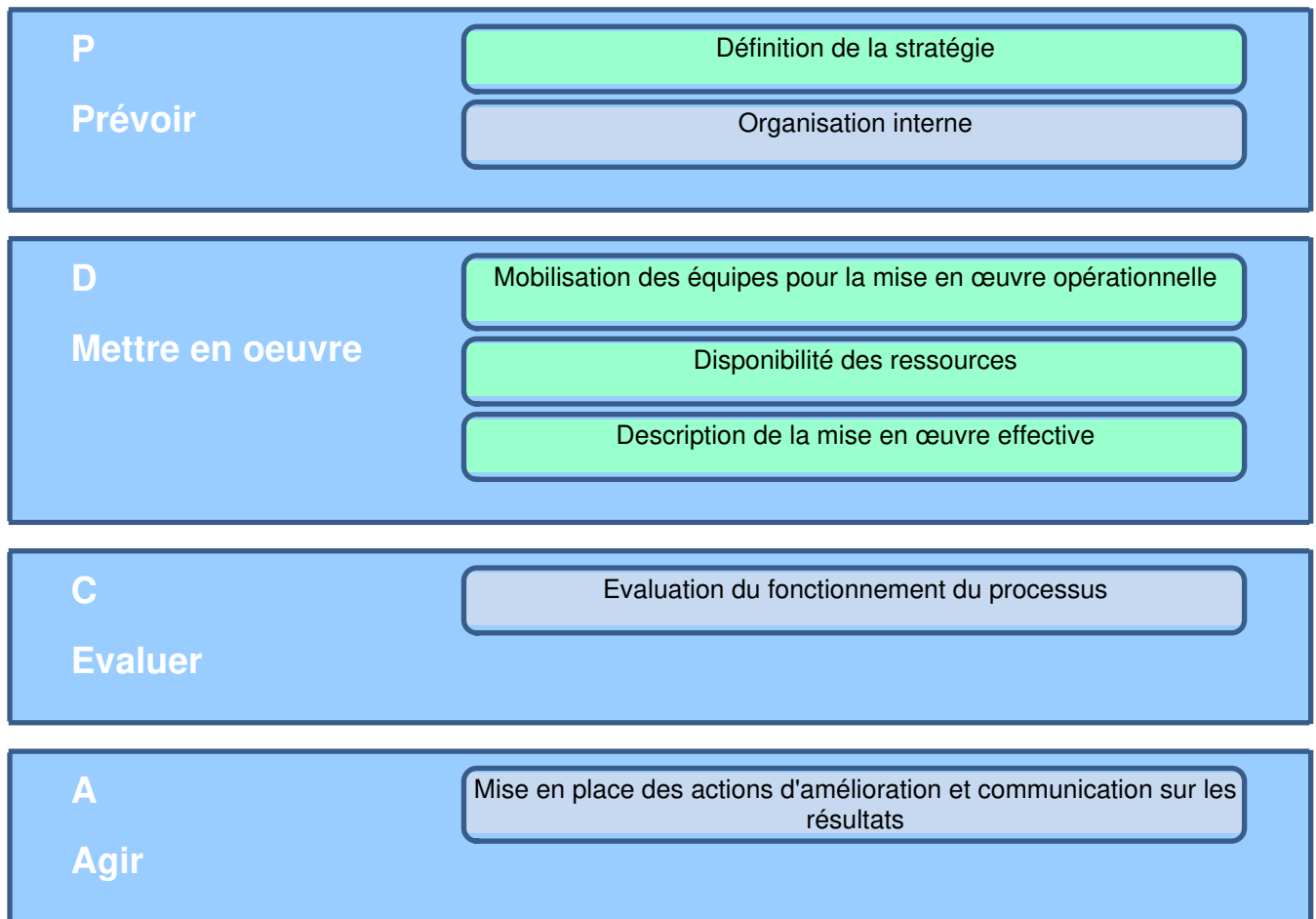
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique du dossier patient a été définie, incluant : Objectifs - Accessibilité - "Zéro papier" - Réglementation - Évaluation, de même qu'un dispositif de maîtrise en place. Elle couvre la gestion du dossier du patient et l'accès du patient à son dossier. Un programme d'amélioration de la qualité est en place, revu régulièrement (et avec une mise à jour en novembre 2017). Ce programme précise, pour chaque action, les objectifs, les modalités de suivi, les responsabilités pour chacune des actions, la planification des actions dans des délais fixés, la clôture et l'état d'avancement.

Le Compte qualité comporte 4 risques (avec une faible criticité et un niveau de maîtrise élevé (1 ou 2)). Un plan actions y est associé, et comprend : objectifs - actions d'amélioration - responsables -début prévisionnel - début réel - échéance prévisionnelle - échéance réelle - modalités de suivi - état d'avancement.

Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie (méthodologie AMDEC). Ils permettent de définir des priorités d'amélioration pour la prise en charge des patients.

Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement, dont la CDU. Il est articulé au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement. Les plans d'actions ont été validés par les différentes instances : CME - CDU - CSI, de manière générale et plus spécifiquement, suivant l'instance concernée (exemple : CLUD). Il existe une stratégie de communication régulière et positive des objectifs et des résultats des indicateurs et des tableaux de bord aux professionnels et aux usagers.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter et mettre en œuvre la politique du dossier du patient à l'échelle de l'établissement. Elle assure le suivi du programme d'amélioration, le recueil des indicateurs, l'analyse des résultats et leur communication. Des pilotes ont été désignés (directrice des soins et hygiène - médecin DIM) et une fiche de poste établie. Le directeur ESM / Soins et Hygiène a été désigné en raison de sa connaissance de manière transversale de l'organisation des soins.

Deux guides d'utilisation du dossier patient ont été élaborés. Par ailleurs, les règles de tenue du dossier par les professionnels prennent en compte les responsabilités des différents professionnels, les règles de confidentialité, la composition du dossier et les modalités de classement des différents éléments, les règles d'utilisation et les règles d'archivage. Le circuit du dossier patient a été défini par une procédure (admissions programmées et non programmées en chirurgie, admission en médecine).

Des référents suivi informatisé du patient (SIP) sont présents dans les services (une liste a été constituée). Des formations sont assurées par un IDE cadre coordinateur SIP et les formateurs informaticiens du prestataire informatique. Un plan de reprise d'activité (PRA) a été établi, avec une mise à jour datant de février 2017 et prévoyant une récupération des données (plan de sauvegarde des données et procédure de récupération des données), le retour à la normale, le fonctionnement en mode dégradé et le redémarrage des applications. Les habilitations des professionnels quant à l'accès au dossier du patient sont définies en fonction de leur profil professionnel, et de manière individuelle.

Par ailleurs, les modalités d'accès aux informations du dossier patient ont été précisées dans une procédure générale. Les modalités standard et spécifiques d'accès au dossier sont définies. Les modalités spécifiques concernent l'accès au dossier des patients mineurs, des majeurs protégés, des autorités et des ayants droit. Les ressources nécessaires (effectifs, compétences) sont identifiées en fonction des besoins, ce qui a pu être vérifié dans les services de médecine, dialyse, ou l'unité de surveillance continue. L'établissement a défini les outils et organisations permettant à l'ensemble des intervenants de tracer les éléments constitutifs de l'ensemble des étapes de la prise en charge du patient : matériels et équipements (postes informatiques, maintenance assurée par un prestataire informatique, PRA) ; système d'information cohérent organisé dans le cadre du groupe.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management des secteurs d'activité a intégré les objectifs liés au dossier patient en lien avec les orientations de l'établissement. Il communique auprès de son équipe sur la politique concernant le dossier patient informatisé, sur les indicateurs du service et ceux à l'échelle de l'établissement. Selon les besoins et les risques spécifiques des secteurs d'activité, le management développe en équipe, des plans d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité. Dans les équipes, des référents, des correspondants SIP sont en place, participant aux différentes instances selon les cas et qui peuvent donc répercuter les objectifs ou orientations. Le management des secteurs d'activité participe à de nombreuses

instances et à la revue de direction, et mobilise donc les équipes sur les objectifs ou orientations ou sur les résultats atteints ou attendus. Il s'assure de la conformité des pratiques aux dispositions prévues (respect des procédures, protocoles, consignes ou autres mesures). Le PAQSS fait l'objet d'une révision quadrimestrielle, dont les objectifs revus sont transmis aux services ou secteurs qui doivent présenter pour la revue de direction suivante l'état d'avancement de ces objectifs, à partir duquel un nouveau plan d'actions sera établi. Des sensibilisations ou informations régulières sont transmises aux services pour les mises à jour ou évolutions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels en poste et les nouveaux arrivants sont formés au dossier informatisé. Dans les services concernés, les procédures et documents utiles sont disponibles, accessibles et à jour. Des procédures concernent le contrôle de codage par le DIM - l'accès au dossier patient archivé - la demande de communication d'un dossier patient - les informations communicables du dossier - les modalités d'accès aux informations du dossier mode dégradé du S I P - le circuit et contrôle du livret d'information du patient - le circuit du dossier patient. Un registre précise par ailleurs les documents qui sont retrouvés dans les dossiers papier par grand secteur : ambulatoire, médecine, dialyse.

Des documents d'information sont mis à disposition des patients et notamment les livrets d'information qui précisent les éléments relatifs au consentement éclairé, à l'accès au dossier médical, aux données du P M S I, à la personne de confiance et aux directives anticipées.

Les outils informatiques, tant en matériels qu'en matière de logiciel Dossier Patient Informatisé (DPI), permettent de créer, tracer et accéder en temps utile aux éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient. Par ailleurs, le prestataire informatique peut intervenir dès que nécessaire ou selon les besoins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier du patient. Ils comprennent notamment les informations administratives, les antécédents et facteurs de risque la personne à prévenir et la personne de confiance, les informations et prescriptions médicales. Ils incluent également le recueil actualisé des éléments de la prise en charge infirmière ; la nature des soins et examens complémentaires réalisés ; les informations actualisées relatives à l'évolution et à la prise en charge en cours d'hospitalisation (état clinique, soins reçus, et examens para-cliniques).

Selon les cas, le dossier d'anesthésie ou le compte rendu opératoire sont présents dans le dossier. Dans les éléments du dossier patient, sont retrouvés aussi le consentement écrit du patient, l'état nutritionnel, la prise en charge de la douleur, les restrictions de liberté éventuelles (prescription médicale -réévaluation). Les informations relatives à la prise en charge par d'autres intervenants, dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire, sont tracées. La communication entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes est assurée en temps utile. Le respect des délais définis par la réglementation pour l'accès du patient à son dossier est observé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La structure de pilotage assure le suivi de la qualité et l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient. Cette évaluation globale est réalisée sur la base du recueil et de l'analyse de l'ensemble des données et évaluations issues des secteurs d'activité et sur la base d'évaluations réalisées à l'échelle de l'établissement. L'établissement recueille les indicateurs nationaux généralisés sur la tenue du dossier patient. Les indicateurs TDP sont en classe A (pour 2011-2014-2016) et TDP 2 également (2016), et comme aussi la tenue du dossier d'anesthésie. L'établissement est engagé dans le programme Hôpital Numérique, évaluant le taux de séjours pour lesquels le dossier patient informatisé a été mis à jour et contient le compte-rendu d'hospitalisation ; le taux de services pour lesquels le dossier patient informatisé intègre les comptes-rendus (de consultation, d'hospitalisation, opératoires, d'examen d'imagerie), les traitements de sortie et les résultats de biologie, et la publication de comptes-rendus d'hospitalisation dans le DMP.

Les CREX peuvent être l'occasion d'aborder les dysfonctionnements relatifs au dossier patient (exemple de l'absence de signature du patient pour le consentement éclairé en anesthésie). Des audits de pratiques sont effectués sur la tenue du dossier patient en chirurgie, en médecine, ambulatoire, oncologie, sur le dossier administratif, la tenue du dossier anesthésie et le dossier dialyse (audits : "Tenue du dossier anesthésique - DAN" - "Dossier administratif du patient" - "Tenue du dossier patient dialyse"- "Tenue du dossier patient ambulatoire"- "Tenue du dossier patient chirurgie"- "Tenue du dossier patient Médecine" - "Tenue du dossier patient oncologie"). Une évaluation est établie par le biais des fiches d'événements indésirables portant sur le dossier patient : 20-25 environ par mois. Une enquête E-satis a été réalisée sur la période de novembre 2016 à novembre 2017. Une évaluation des délais de transmission des dossiers aux patients, notamment à l'aide d'indicateurs, est effectuée (un tableau est établi, avec les dates et les modalités de demande).

L'établissement est réactif et identifie une action corrective dès qu'un indicateur semble diminuer.

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

Des actions d'amélioration ont été mises en œuvre : intégration document sortie IDE et revalidation-mise à jour guide utilisation dossier-modification de critères de la consultation anesthésie et accompagnement des médecins anesthésistes -déploiement d'une version informatique du compte rendu d'hospitalisation- intégration du compte rendu d'hospitalisation incluant les critères IQSS. L'établissement réexamine les risques significatifs ou les besoins non totalement satisfaits afin de déterminer des mesures complémentaires de traitement ou de réduction de risque. La politique de gestion du dossier du patient est également réajustée en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'actions arrêté. Le passage en revue de direction des objectifs à destination des services qui ont été fixés sous forme d'un bilan de performance fait l'objet d'une révision au vu des résultats atteints ou des besoins qui se sont fait jour et sont alors fixés de nouveaux objectifs transmis aux secteurs , qui renverront l'état des actions effectuées à la revue de direction suivante, réunions qui se tiennent à un rythme quadrimestriel. Le programme d'amélioration associé aux indicateurs est ainsi réajusté régulièrement. De nouveaux objectifs d'amélioration mesurables sont établis, et des actions d'amélioration programmées. Ces actions sont intégrées au programme global qualité et gestion des risques (PAQSS).

Il existe un système de diffusion en interne des résultats des évaluations et des actions conduites. Les résultats des indicateurs sont diffusés aux professionnels concernés par le biais de la gestion documentaire informatisée, et aux usagers par voie d'affichage et par le site internet. L'établissement met en œuvre un processus d'information de la CDU sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier : nombre de demandes d'accès au dossier - Délais de transmission des dossiers aux patients-Suivi des actions d'amélioration.

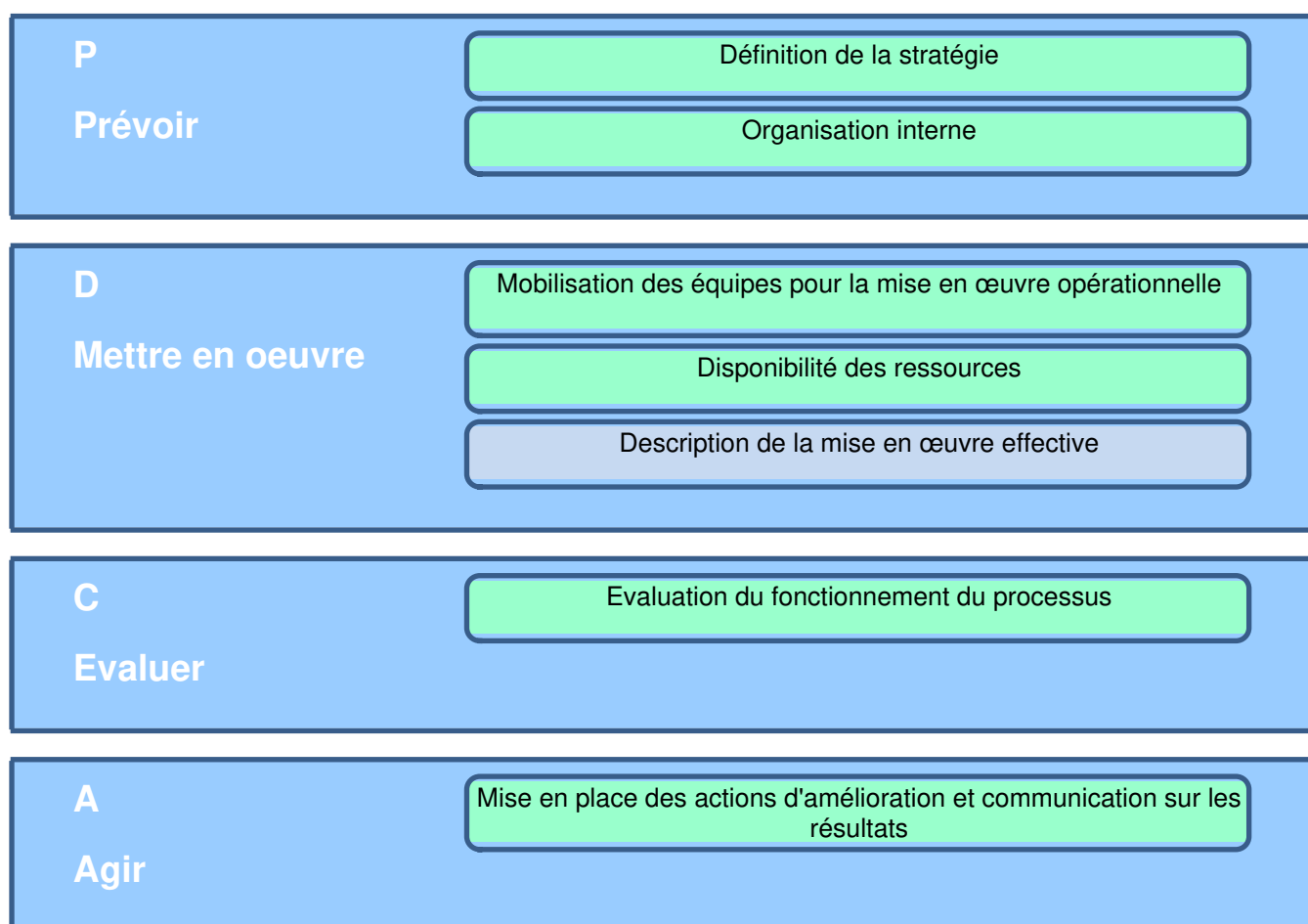
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les activités de la PUI répondent aux missions du CSP : la gestion, l'approvisionnement, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et produits ainsi que des DMS, exercés dans le cadre de l'UP (Unité pharmacie) l'Unité de Stérilisation (UST) et de l'unité de reconstitution des Cytotoxiques (URC).

Le Manuel Qualité de la pharmacie est actualisé (2017).

La politique de Management de la Prise en charge médicamenteuses (PECM) est formalisée et couvre la période 2012-2017. Elle vise à optimiser le processus de PECM en impulsant une politique et une culture sécurité de la PECM, en définissant les responsabilités afin d'avoir un impact sur les pratiques et au plan technique d'identifier les risques les analyser puis les réduire. Elle intègre la loi HPST, l'arrêté du 6 avril 2011, le contexte sanitaire avec le CPOM, la certification, le CBU (Contrat de Bon Usage), les indicateurs nationaux et la tarification à l'activité et ses conséquences.

La politique de la juste prescription chez le sujet âgé est également formalisée.

Les risques prioritaires sont intégrés dans le compte qualité. Ils ont été hiérarchisés selon les grilles de la HAS. Un plan d'action est élaboré, le pilote est désigné par action, un échéancier est fixé, des modalités de suivi sont déterminés. Il est intégré dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus. Un responsable du Système de Management de la Qualité de la Prise en Charge Médicamenteuse est nommé, il est en charge de la Commission de Médicament et des Dispositifs médicaux Stériles (COMEDIMS), instance transversale aux établissements Sainte Marguerite. Il est Directeur, Responsable Risques et Vigilances. Il dispose d'une lettre de mission émanant du Directeur Général. La prise en charge médicamenteuse est informatisée et intégrée au SDSI (Schéma Directeur du Système d'Information).

Une Unité Transversale d'Antibiothérapie (UTA) a été créée en 2017. Trois anesthésistes sont formés en infectiologie et il y a deux référents antibiotiques.

Une RCP infectiologie fait place à la commission antibiotique, elle est pluridisciplinaire. Les E I relatifs aux antibiotiques et les prescriptions antibiotiques sont analysées en séances.

L'établissement est certifié ISO 9001 2015 pour la production de l'eau pour dilution des solutions concentrées pour hémodialyse, hemofiltration et hémodiafiltration en ligne, maintenance et entretien des générateurs de dialyse, préparation et stérilisation des dispositifs médicaux (mars 2016 à mars 2019).

Les procédures relatives aux médicaments sont validées et mise en ligne sur le site internet de l'établissement dans l'espace professionnel.

La PUI dispose d'aires de réception, de stockage, de distribution et de dispensation adaptées à son activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche institutionnelle est opérationnelle avec l'appui de la Direction des soins, de l'encadrement et des professionnels de terrain. Les responsables de service sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus du médicament ainsi que sur leurs résultats.

Des formations aux erreurs médicamenteuses sont organisées. 77% des professionnels concernés sont formés sur le site de e-learning.

L'encadrement incite les professionnels à déclarer les dysfonctionnements liés au médicament, et s'assure de l'appropriation et de l'application des différentes procédures. De nombreuses évaluations sont réalisées sur cette thématique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'équipe de pharmacie est composée d'un pharmacien gérant, d'un pharmacien adjoint, de 4 préparatrices en pharmacie, de 2 manutentionnaires et de 5 ETP agents de stérilisation.

Un préparateur en pharmacie passe tous les jours dans les services.

L'Unité Pharmacie assure l'approvisionnement et la dispensation des médicaments et Dispositifs Médicaux, l'Unité Stérilisation, la stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables, et l'Unité Centralisée de Reconstitution des Cytotoxiques, l'approvisionnement, la reconstitution et la dispensation des produits de chimiothérapie.

Il existe des outils d'aide à la prescription, à l'analyse pharmaceutique à l'administration des médicaments certifiés par la HAS. La banque de données Claude Bernard est accessible et consultable par les praticiens et soignants (Logiciel d'aide à la prescription) tant dans chaque unité de soins qu'à distance

par connexion sécurisée.

D'autres outils sont en place comme le guide d'utilisation du dossier informatisé, le livret thérapeutique actualisé une fois par an par la commission locale du livret thérapeutique, l'antibioguide informatisé, les protocoles d'antibioprophylaxie, et d'antibiothérapie.

Des plaquettes d'information sont distribuées au patient. Un flyer est distribué au patient pour l'informer sur le bon usage des médicaments.

Le flyer de l'OMEDIT PACA CORSE « prévenir et déclarer les erreurs médicamenteuses et tous les événements indésirables liés aux médicaments » et celui relatif aux recommandations concernant la prescription médicamenteuse chez le sujet âgée sont mis à disposition des professionnels.

Une plaquette d'information grand public est diffusée pour sensibiliser au bon usage des antibiotiques.

Le logiciel de prescription des chimiothérapies est spécifique, non interfaçables avec le logiciel de dossier patient, ce qui nécessite d'imprimer les prescriptions afin de permettre à l'IDE de tracer l'administration.

Le prestataire informatique relatif au dossier patient est rencontré tous les lundis par la Direction. Une mise à jour du logiciel est régulièrement effectuée sur la base des remontées d'informations. Les indicateurs qualité de la consultation anesthésique ont été intégrées dans le logiciel. Des formations sont organisées pour les nouveaux recrutés (médecins et soignants).

La procédure « prescription, dispensation, administration et utilisation des médicaments ou de dispositifs médicaux » définit les modalités d'utilisation des supports de prescription et d'administration. Un document pédagogique créé par le fournisseur du logiciel est à la disposition des prescripteurs.

La gestion du traitement personnel du patient fait l'objet d'une procédure spécifique.

Les chariots de distribution des médicaments répondent aux règles de bonnes pratiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Lors de son admission, le patient remet son traitement personnel à l'IDE.

Le médecin du service ou l'anesthésiste prescrit le traitement personnel du patient à poursuivre pendant l'hospitalisation.

Les prescriptions sont réalisées par les médecins sur le logiciel informatique avec identification par clef biométrique à partir d'une clé USB biométrique avec identification digitale ou d'une carte RFID sécurisée par un code individuel. Il n'y a pas de prescription orale, les médecins étant équipés informatiquement depuis leur domicile. En dialyse, le médecin néphrologue consigne sur la feuille de dialyse et sur le logiciel informatique toute modification de traitement, il rédige les ordonnances qu'il signe (traitement, examens biologique et paracliniques).

L'analyse pharmaceutique des traitements du patient est réalisée à 100%, le pharmacien ayant accès aux données cliniques et biologiques du patient. En cas de situation particulière, le pharmacien se déplace dans l'unité de soins.

La permanence pharmaceutique est organisée. L'unité de pharmacie est ouverte de 8h à 17h. En dehors de ces horaires, l'établissement dispose d'une armoire pour besoins dits « urgents » situés dans un SAS sécurisé. L'accès à la pharmacie est strictement réservé au pharmacien et au personnel de la pharmacie.

Le transport des médicaments est assuré dans des bacs clos spécifiques à chaque unité de soins. La chaîne du froid est respectée pour les médicaments le nécessitant. Ils ne sont sortis du réfrigérateur que lorsque l'IDE vient les chercher et ils sont rangés dans le réfrigérateur du service dès leur arrivée. Des « packs froids » peuvent être mis à disposition si besoin pour le transport. Les réfrigérateurs des services de soins sont dédiés aux médicaments, le contrôle des températures est tracé.

Les stupéfiants sont délivrés aux responsables de service ou à une IDE déléguée ou aux médecins.

L'approvisionnement des infirmeries est assuré par un préparateur en pharmacie au regard de la dotation définie.

Les médicaments à risques sont facilement repérables dans les armoires de dotation. Les péremptions sont réalisées mensuellement par les IDE. Ce contrôle est tracé.

L'administration est réalisée par les IDE selon la règle des 5B. Ils vérifient le traitement au vu des prescriptions sur informatique, l'identité du patient, et trace en temps réel la prise de chaque médicament.

Un médicament non administré est tracé dans le logiciel.

La liste des médicaments non écrasables est disponible sur le site internet.

En ce qui concerne les chimiothérapies, les stratégies thérapeutiques sont discutées et décidées en RCP et prescrites dans le logiciel informatique après réflexion bénéfice-risques. La prescription de chimiothérapie est nominative et comporte les éléments précis avec notamment (identité patient, poids, taille, protocole et médicaments utilisés, mode d'administration, les éléments biologiques etc...) mais aussi le numéro de la cure, la date et l'heure de l'administration. Le pharmacien valide la prescription et rédige une fiche de fabrication. La chimiothérapie est réalisée conformément aux bonnes pratiques de préparation dans la centrale de production des chimiothérapies : « Un préparateur effectue la préparation au vu de la fiche et une IDE assure le double contrôle afin de s'assurer de la bonne nature et quantités des produits utilisés. Ces préparations de chimiothérapie sont livrées prêtes à l'emploi, permettant aux infirmières du service d'administrer les traitements sans effectuer de manipulation

supplémentaire. Avant de commencer le traitement prescrit, l'IDE vérifie la conformité des prescriptions, et s'assure de l'accord écrit (OK chimio ») daté, signé du prescripteur. Toute modification de la prescription initiale fait l'objet d'une nouvelle prescription et d'une nouvelle validation par la pharmacienne. Le double contrôle est tracé par l'IDE à chaque étape de l'administration de la chimiothérapie.
Le chariot d'urgence est contrôlé tous les mois.
Le recueil des événements indésirables en lien avec les erreurs médicamenteuses est effectué par la Cellule de vigilance, leur analyse est réalisée par le Directeur ESM/Risques et Vigilances. Un CREX ou des RMM sont menés chaque fois si nécessaire.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement mène de nombreuses évaluations sur cette thématique : des audits réguliers au chapitre « Politique de Bon Usage » demandés dans le cadre du CBU selon la méthodologie régionale, des audits IQSS, des enquêtes PUI « Mesure de la satisfaction et Écoute des services de soins ». Des audits annuels sont menés sur la qualité de l'administration, sur la dotation des pharmacies d'étage, sur les chariots de médicaments, sur le circuit de chimiothérapie.

Des audits de fabrication des chimiothérapies sont réalisés par les préparateurs en pharmacie.

Un bilan de la répartition des événements indésirables majeurs est présenté lors de chaque COVIGERIS et en Revue de Direction. Le point sur les EI en lien avec le circuit du médicament et des dispositifs médicaux est réalisé en COMEDIMS.

L'établissement suit les indicateurs spécifiques au médicament et notamment ceux du rapport d'étape du CBU.

La COMEDIMS élabore chaque année un rapport d'activité et un programme d'actions.

A / AGIR

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

Le plan d'action issu du compte qualité est suivi.

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats des évaluations réalisées et des actions menées sont présentés en revue de Direction tous les 4 mois et sont communiqués aux professionnels par le biais des instances, des réunions de service, par le WEB info. Les procédures sont disponibles sur le site internet.

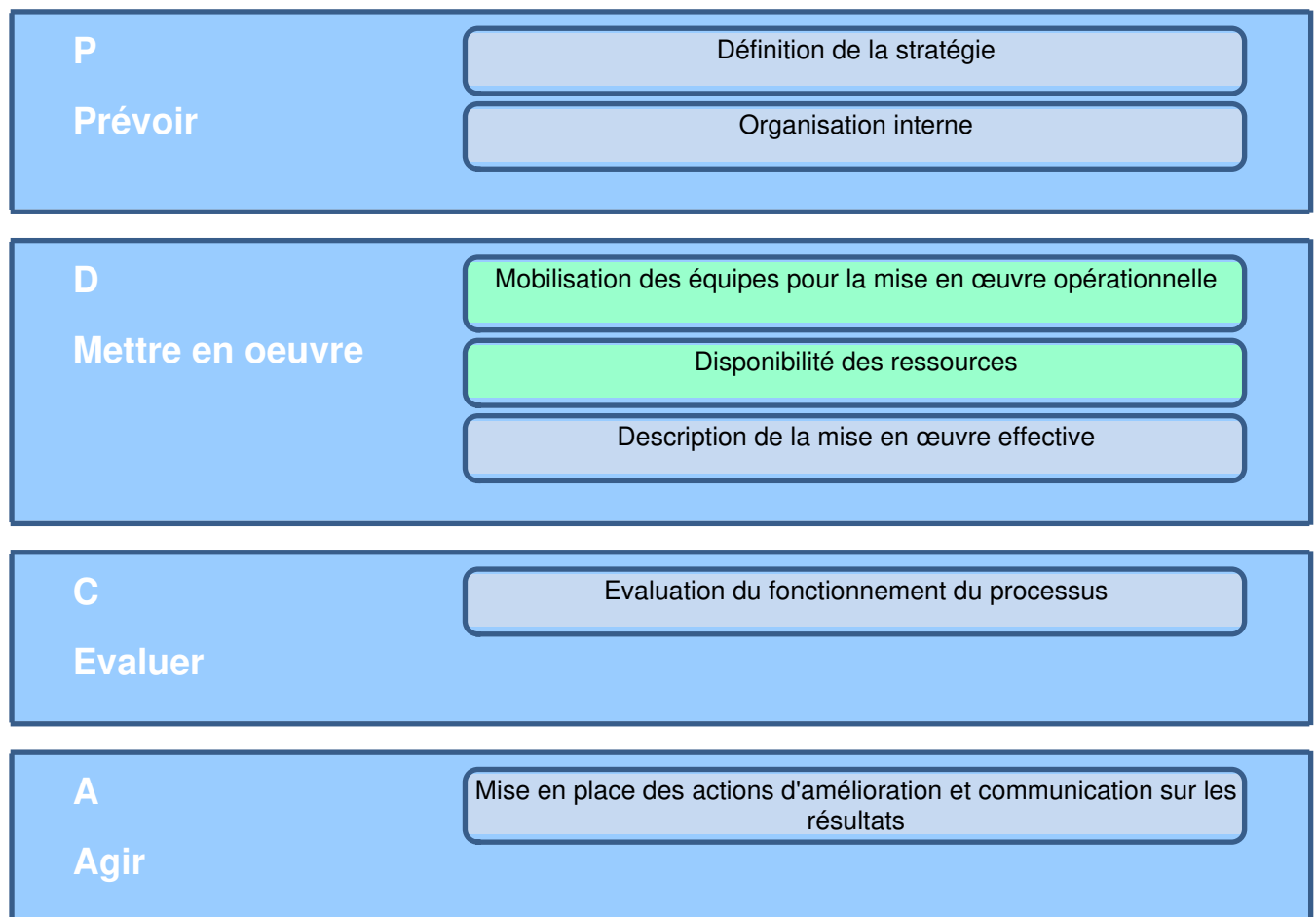
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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 Toulon Hyères - Sainte Marguerite (HPTH SM) comporte deux blocs opératoires indépendants. Le bloc opératoire général (BG) comporte au rez de chaussée six salles dont certaines sont affectées à certaines spécialités (Orthopédie, Urologie, Digestif, Neurochirurgie et Gynécologie), une salle spécifique réservée au vasculaire interventionnel (qui sera investiguée ailleurs dans le cadre de l'imagerie interventionnelle) et une SSPI de 8 postes. Le bloc opératoire ambulatoire (BA) au 3^{ème} étage dispose de quatre salles dont deux plus spécifiquement dédiées à la chirurgie ophtalmologique, deux à la stomatologie et d'une SSPI de 6 postes. L'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA) de trente places occupe une aile au même étage.

La stratégie pour les blocs opératoires et l'UCA a été définie par la Direction, la CME et les praticiens concernés dans différents documents dont le projet d'établissement réactualisé en Janvier 2017 et la Politique d'Amélioration de la Qualité des Soins 2012-2017. Cette stratégie a été validée par les instances habituelles concernées.

L'identification des risques a été élaborée à partir de quatre cartographies des risques spécifiques intitulées « processus bloc opératoire, processus bloc ambulatoire, processus opérationnel préparation et stérilisation des dispositifs médicaux et processus UCA » établies par les professionnels en reprenant le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient au bloc opératoire, et les risques liés aux processus ainsi que les risques transversaux aux processus.

Le programme d'actions préventives est établi dans le cadre des Revues de Direction quadrimestrielles, à partir d'objectifs définis avec la Direction et des différents indicateurs (IQSS, HN, résultats d'évaluations propres à l'établissement, programme d'audits internes, résultats des contrôles bactériologiques et physico-chimiques, analyse des événements indésirables, patients traceurs). Après hiérarchisation classique des risques, les plans d'actions ont été établis. L'établissement avait retenu en Juin trois risques à intégrer dans le Compte Qualité (CQ) : le risque anesthésique, le risque d'insatisfaction des patients lié au circuit et aux modalités d'accueil au bloc opératoire général et enfin le risque de dysfonctionnements dans la coordination et la continuité des soins entre les blocs et les services de soins. Pour ces trois risques quatre plans d'action avaient été initialement établis avec des modalités définies de mise en œuvre (objectifs, actions, responsables, échéances et modalités de suivi).

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne des blocs (général et ambulatoire) et de l'UCA permet la mise en œuvre du programme d'actions défini et la mise à disposition en temps utile des ressources nécessaires.

Le pilotage de cette thématique est assuré par quatre pilotes le Directeur Général, le Président de la CME Chirurgien, le Directeur Adjoint ESM / Blocs Opératoires / Relations Usagers, le responsable des Blocs de l'établissement et deux copilotes les responsables adjoints du BG et du BA de l'établissement.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans des fiches de postes.

Au regard de ses missions, de son activité et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Certaines ressources sont organisées transversalement : gestion de l'hygiène, du matériel et de sa maintenance, du système informatique unique commun intégré dénommé Suivi Informatisé du Patient (SIP), gestion des systèmes de sécurité et de la stérilisation.

La programmation obéit à la même planification adaptée à chaque bloc sous la responsabilité du chef de bloc en concertation avec le secrétariat en charge de la planification et les cabinets médicaux à partir d'un logiciel de planification spécifique. L'UCA dispose d'un secrétariat autonome.

Les urgences sont intégrées à la chirurgie programmée du bloc général. Le programme établi par la cellule de programmation du bloc est validé le jeudi pour la semaine suivante puis réactualisé au cours de la semaine.

Le Conseil de Bloc opérationnel se réunit trois fois par an. Il existe une Charte commune actualisée avec des annexes spécifiques aux trois secteurs interventionnels validée par le conseil de Bloc.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les différents secteurs et intervenants dans la prise en charge péri opératoire : SIP, fiche de réservation prévisionnelle, document de liaison « validation dossier patient et soins avant bloc opératoire, livret d'information du patient (LIP), bulletin de sortie UCA.

Les services cliniques communiquent entre eux (blocs, UCA, hospitalisation, stérilisation, laboratoires) grâce au système informatique commun aux trois blocs (Général, Ambulatoire et endoscopique) et au logiciel de programmation unique.

La gestion documentaire est complètement informatisée et accessible. Les documents d'enregistrement et de traçabilité restent sur supports papiers spécifiques.

Il existe un plan et un bilan annuel de la formation.

Des procédures générales décrivent la prise en charge du patient, la maintenance des locaux et des

équipements, la constitution des boîtes, les modalités de réalisation des examens et les règles de traçabilité à respecter.

Les protocoles tiennent compte des recommandations des sociétés savantes et des bonnes pratiques.

La gestion des dysfonctionnements est organisée avec un signalement des événements indésirables, une analyse par différentes instances dont le COVIGERIS et un retour d'expérience.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les trois responsables sont chargés du déploiement opérationnel dans leur secteur de la démarche qualité pour atteindre les objectifs fixés en Conseil de Bloc et en Revue de Direction en accord avec le projet institutionnel. Le personnel est sensibilisé par les Responsables et son implication est favorisée par une information périodique et une incitation à l'amélioration des pratiques. Il connaît les risques spécifiques à sa spécialité (risque d'identitovigilance, risque d'erreur de côté, risque septique, etc...).

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les risques et les actions prioritaires ont été définis en concertation avec les pilotes du groupe Blocs Opératoires et UCA.

Les Responsables s'assurent de la conformité des pratiques (respect de la programmation et des procédures d'identification, traçabilité des actes et des procédures utilisées) par rapport aux dispositions prévues et informent les autres professionnels de leurs résultats notamment lors de réunions mensuelles et des Revues de Direction. Les différentes check-lists HAS sont utilisées.

Il existe une Charte actualisée du Bloc Opérateur.

Les équipes participent à l'élaboration des protocoles et autres documents. Elles connaissent le système de recueil des événements indésirables liés aux soins. Les équipes participent aux RMM et aux EPP transversales.

Les résultats des indicateurs et les actions mises en place sont communiqués aux professionnels au cours des réunions de service ou des instances pour favoriser l'implication des équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en termes de compétences, d'effectifs et de matériel sont disponibles dans les deux blocs en activité réglée et les urgences éventuelles sont prises en charge.

La formation et l'intégration des nouveaux arrivants est bien organisée bien que le taux de renouvellement du personnel soit faible.

La gestion des ressources est effectuée par les différents Responsables qui les adaptent aux besoins, notamment l'intégration des urgences, l'ouverture des salles et l'adaptation des vacances en fonction des indices d'activité.

Les professionnels bénéficient des formations réglementaires (gestes d'urgence, radioprotection, incendie, hygiène) et de formations spécifiques pour certaines activités.

La gestion des compétences est évaluée par l'encadrement lors des entretiens annuels.

La gestion du matériel chirurgical, anesthésique et radiologique, des colonnes vidéo et de l'informatique est assurée par les responsables et l'équipe biomédicale.

Les protocoles, procédures et documents spécifiques sont intégrés dans la gestion documentaire informatisée institutionnelle.

Les professionnels disposent des informations nécessaires à la prise en charge du patient sur supports papier (Livret d'Information du Patient avant une intervention chirurgicale, Fiche « Validation Dossier Patient et Soins avant Bloc Opérateur », documents de traçabilité avec les Check-list HAS « Sécurité du patient au bloc opératoire » et Check-list HAS « Cathéters veineux centraux ») ou support informatisé (dossier patient, consultation pré anesthésique, prescriptions, résultats d'examen, consignes post opératoires de SSPI). Des documents d'information du patient sur les gestes réalisés sont systématiquement remis en consultation au patient pour obtenir son consentement éclairé.

Le programme opératoire est accessible sur support informatique. La surveillance per opératoire est assurée sur support papier (feuille d'anesthésie). La surveillance post-opératoire en SSPI est assurée sur support informatique (SIP) ce qui permet de transmettre les informations entre les blocs et les secteurs d'aval grâce au logiciel unique utilisé (intégrant aussi le dossier du patient et la consultation pré anesthésique).

L'approvisionnement en matériel, médicaments, DMI et DM permet de répondre aux besoins. La stérilisation est centralisée et assurée sur place dans des locaux communiquant avec le bloc général.

Les effectifs de l'équipe médicale et du personnel soignant sont adaptés aux besoins dans les blocs, les SSPI et l'UCA.

Les salles d'opération et les SSPI sont conformes adaptées et entretenues. La qualification du renouvellement d'air des salles est adaptée au type de chirurgie réalisée. La configuration des locaux permet de respecter les procédures d'hygiène pour les circulations des personnels et l'évacuation des déchets. Les arsenaux un peu limités en surface permettent le stockage du matériel d'autant qu'une pièce supplémentaire est en cours d'aménagement au bloc ambulatoire qui ne disposait que d'un seul arsenal.

Les équipements de sécurité (radioprotection) sont disponibles pour les professionnels. Les blocs sont équipés de chariots d'urgence conformes.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les Blocs Général et Ambulatoire ainsi que l'UCA disposent d'une organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour leur fonctionnement et la prise en charge des patients. La mise en œuvre réalisée est assurée par des personnels formés ; elle est adaptée par le Responsable selon la planification établie pour réguler l'activité et assurer la sécurité des patients en fonction de la disponibilité des personnels, des locaux et des équipements et des urgences.

L'inscription sur une fiche de réservation prévisionnelle informatisée est assurée par le Chirurgien depuis son cabinet en collaboration avec le secrétariat en charge de la planification. Après réalisation de la consultation pré anesthésique (CPA) la validation et le suivi de la planification sont organisés par les Responsables des Blocs grâce au logiciel spécifique de programmation.

Les compétences des professionnels médicaux et para médicaux sont adaptées à l'activité. Les urgences sont assurées aux heures ouvrables par intégration dans le programme planifié. La mise en œuvre est conforme aux recommandations de bonnes pratiques. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité des actions, des matériels et des activités réalisées est assurée à l'aide d'un logiciel unique ou est réalisée systématiquement sur des documents papiers (feuilles d'ouvertures de salles, différentes check-lists, cahier de bloc opératoire et recueil par un personnel spécifique en concertation avec la pharmacie pour la traçabilité des DM et des DMI). La mise en œuvre des check-lists respecte les trois temps de concertation pluridisciplinaire.

A l'UCA la validation du « Bulletin de Sortie de l'UCA » est assurée conjointement par le MAR et le Chirurgien. Les appels de la veille et du lendemain sont réalisés et tracés

La communication entre professionnels et les interfaces sont assurées.

Les événements indésirables liés aux soins sont signalés sur le logiciel institutionnel. Les EI sont analysés mensuellement en CREX et font l'objet d'un suivi par la cellule de vigilance; ils sont aussi analysés trois fois par an par le COVIGERIS et éventuellement en Conseil de Bloc et pour les EI graves ou récurrents lors des Revues de Direction.

Les contrôles environnementaux (eau, air, surfaces) sont réalisés et tracés périodiquement selon le programme formalisé des prélèvements microbiologiques. Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec le CLIN et l'EOH.

Le service biomédical effectue une ronde matinale quotidienne avant l'ouverture des salles pour prévenir tout dysfonctionnement.

Des réunions mensuelles sont organisées entre les Responsables des Blocs et les secteurs d'hospitalisation pour évaluer la qualité de prise en charge du patient. Les comptes rendus disponibles sur internet permettent la transmission des informations aux équipes ; ils sont aussi communiqués aux professionnels au cours de réunions de services ou des instances (Conseil de Bloc, CLIN, COGIVERIS, CSSI).

Ces constats ont été confirmés par l'investigation des patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De très nombreux audits de pratiques et de traçabilité sont réalisés périodiquement dans les différents secteurs interventionnels. Le suivi est assuré par :

- des indicateurs quantitatifs d'activité (indicateurs de pilotage : TVO, TROS, taux de débordement, nombre d'interventions, taux d'occupation annuel et taux de débordement annuel par spécialité),
- des indicateurs qualitatifs (taux de report, taux d'annulation, non conformités),
- des audits périodiques répétés (15 grilles) et certaines évaluations (enquêtes de satisfaction des patients en Ambulatoire ou des correspondants externes) par les Responsables et la Direction.
- le suivi des indicateurs IQSS et HN.

Le recueil des Événements Indésirables est assuré à l'aide du dispositif institutionnel commun sur support informatisé. Leur analyse est effectuée par plusieurs instances (Cellule de vigilance, Conseil de Bloc, COVIGERIS, CLIN, Revue de Direction) qui décident des actions correctives à mettre en œuvre.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées avec le programme d'action institutionnel. Elles sont redéfinies tous les quatre mois après analyse des différents thèmes abordés au cours des Revue de Direction réunissant la Direction et les responsables des secteurs d'activité qui permettent d'établir un bilan des performances du quadrimestre précédent (résultats, indicateurs, RH, SI, audits, avancement des actions d'amélioration).

Les Revues de Direction constituent un outil de management permettant ainsi de réévaluer et de réajuster le PAQSS périodiquement tous les quatre mois.

Différentes actions sont progressivement mises en place notamment la poursuite de l'informatisation de certains éléments du dossier (CPA et suivi en SSPI), l'optimisation de l'occupation des salles.

Pour ce qui est du Compte Qualité, au moment de la visite sur les quatre plans d'actions d'amélioration prévus initialement en Juin, un était déjà finalisé : réaménager le sas d'accueil et trois restaient en cours dans le cadre d'un suivi permanent : communiquer à la Direction Générale les programmes opératoires validés à 48 h, poursuivre le recrutement d'IADE salariées et organiser des réunions de concertation avec les responsables des secteurs d'activité.

Les résultats des audits et le suivi des actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels leurs sont communiqués sur internet et au cours des réunions mensuelles entre les Responsables des Blocs de l'UCA et des secteurs d'hospitalisation, au cours des réunions des service ou de différentes instances (conseil de bloc, CSSI...).

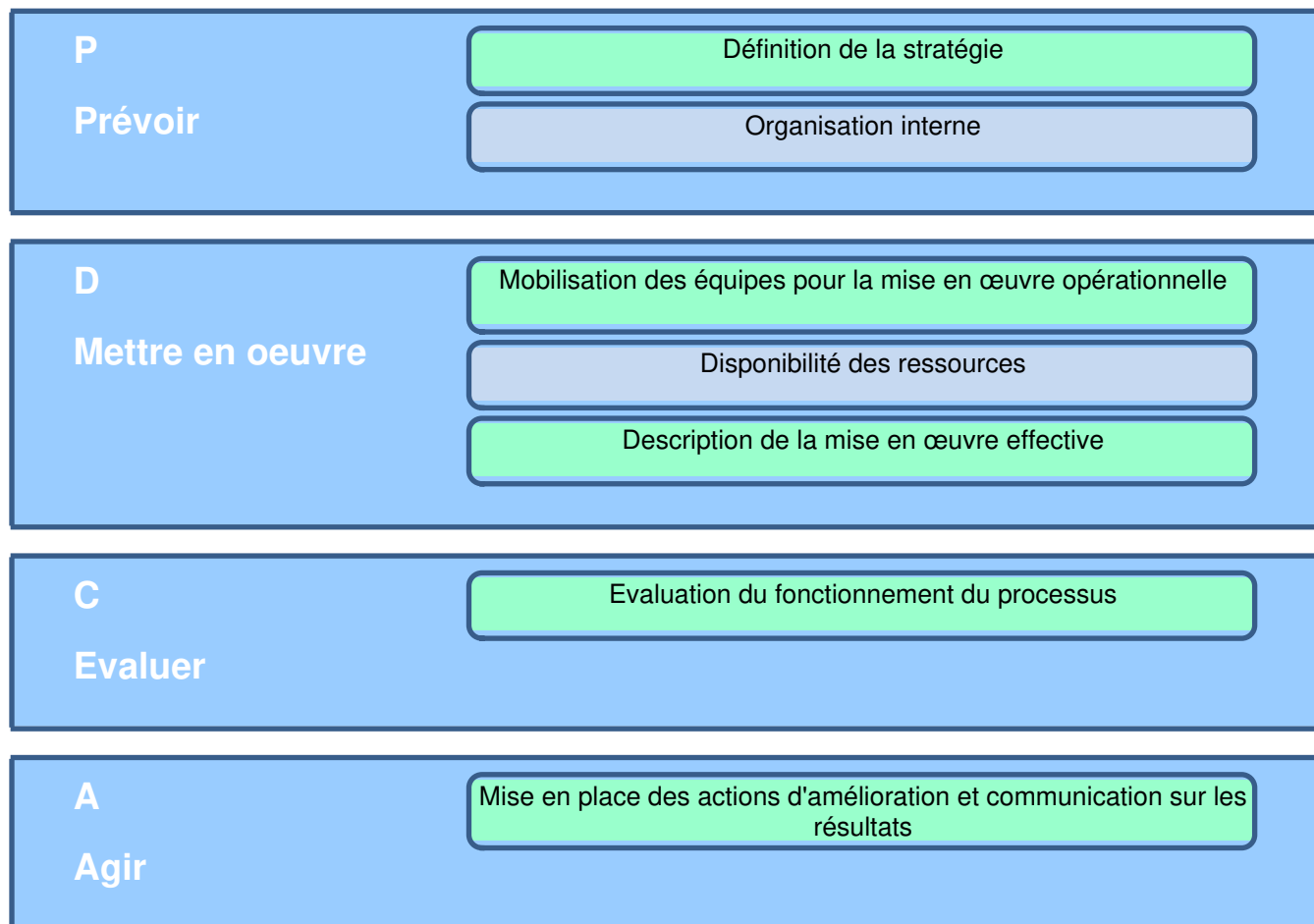
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'Hôpital Privé Toulon Hyères-Sainte Marguerite (HPTH SM) dispose à l'intérieur du Bloc Opérateur Général (BG) d'une salle spécifiquement réservée à la Chirurgie et la Radiologie Interventionnelle Vasculaire assurée par les Chirurgiens. Cette salle fonctionne avec les mêmes règles et la même organisation que celles du Bloc Général (BG) mais expose à un risque particulier d'exposition aux radiations ionisantes pour les professionnels et les patients.

La stratégie pour cette salle a été définie par la Direction, la CME et les praticiens concernés dans différents documents dont le projet d'établissement réactualisé en Janvier 2017 et la Politique d'Amélioration de la Qualité des Soins 2012-2017. Cette stratégie a été validée par les instances habituelles concernées.

L'identification des risques a été élaborée à partir de trois cartographies des risques intitulées « processus radioprotection, processus bloc opératoire, processus opérationnel préparation et stérilisation des dispositifs médicaux » établies par les professionnels en reprenant le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient dans la salle de Radiologie Interventionnelle du Bloc Général, et les risques liés aux processus ainsi que les risques transversaux aux processus.

Le programme d'actions préventives est établi dans le cadre des Revues de Direction quadrimestrielles, à partir d'objectifs définis avec la Direction et de différents indicateurs (IQSS, HN, résultats d'évaluations concernant la radioprotection, programme d'audits internes, résultats des contrôles dosimétriques, bactériologiques et physico-chimiques, analyse des événements indésirables). Il faut signaler cependant que pour le moment cette salle n'a pas encore fait l'objet d'une visite de l'Autorité de Sécurité Nucléaire (ASN). Après hiérarchisation classique des risques, les plans d'actions ont été établis.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne permet pour cette salle la mise en œuvre du programme d'actions défini et la mise à disposition en temps utile des ressources nécessaires.

Le pilotage est assuré par trois pilotes institutionnels le Directeur Général, le Directeur Adjoint ESM / Blocs Opérateurs / Relations Usagers, le Responsable des Blocs de l'établissement et deux copilotes la responsables de la radioprotection aux ESM et le responsable adjoint PCR du B G de l'établissement.

Au regard de ses missions, de son activité et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Certaines ressources sont organisées transversalement : gestion du matériel et de sa maintenance, gestion du système informatique intégré, de l'hygiène, des systèmes de sécurité et de la stérilisation.

La programmation obéit aux règles de planification du BG sous la responsabilité du responsable du bloc en concertation avec le secrétariat en charge de la planification et les cabinets chirurgicaux avec un logiciel de planification spécifique. Les urgences peuvent être intégrées à la chirurgie programmée. Le programme établi par la cellule de programmation du bloc est validé le jeudi pour la semaine suivante puis réactualisé si besoin au cours de la semaine.

Le Conseil de Bloc opérationnel se réunit trois fois par an. Il existe une Charte commune actualisée avec des annexes spécifiques à cette salle validée par le conseil de bloc.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les différents secteurs et intervenants dans la prise en charge péri opératoire: SIP, fiche de réservation prévisionnelle, document de liaison « validation dossier patient et soins avant bloc opératoire, livret d'information du patient (LIP). Les services cliniques communiquent entre eux (blocs, hospitalisation, stérilisation, laboratoires) grâce au système informatique commun et au logiciel de programmation unique.

La gestion documentaire est complètement informatisée et accessible partout. Certains documents d'enregistrement et de traçabilité restent sur support papier spécifique.

Il existe un plan et un bilan annuel des formations en particulier pour la radioprotection .

Des procédures générales décrivent la prise en charge du patient, la maintenance des locaux et des équipements notamment radiologiques, les modalités de réalisation et de sécurisation des examens et les règles de traçabilité à respecter en particulier pour les procédures radiologiques. Les protocoles tiennent compte des recommandations des sociétés savantes et des bonnes pratiques.

La gestion des dysfonctionnements est organisée avec un signalement des événements indésirables, une analyse par différentes instances dont le COVIGERIS et un retour d'expérience.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables sont chargés du déploiement opérationnel de la démarche qualité pour atteindre les

objectifs fixés en Conseil de Bloc et en Revue de Direction en accord avec le projet institutionnel. Le personnel est sensibilisé par les responsables et son implication est favorisée par une information périodique et une incitation à l'amélioration des pratiques. Il connaît les risques spécifiques à sa spécialité (risque d'exposition pour les professionnels et les patients, identitovigilance, risque d'erreur de côté, risque septique, etc...).

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les risques et les actions prioritaires ont été définis en concertation avec les pilotes.

Les Responsables s'assurent de la conformité des pratiques (respect de la programmation, port des EPI, respect des procédures d'utilisation du matériel radiologique et de radioprotection, des procédures d'identification, traçabilité des actes et des procédures utilisées) par rapport aux dispositions prévues et informent les autres professionnels de leurs résultats notamment lors de réunions mensuelles et des Revues de Direction.

Les check-list HAS « Sécurité du patient en Chirurgie Interventionnelle » et « Cathéters veineux centraux » sont utilisées.

Il existe une Charte actualisée du Bloc Opératoire.

Les équipes participent à l'élaboration des protocoles et autres documents. Elles connaissent le système de recueil des événements indésirables liés aux soins. Les équipes participent aux RMM et aux EPP transversales du BG.

Les résultats des indicateurs et les actions mises en place sont communiqués aux professionnels au cours des réunions de service ou des instances pour favoriser l'implication des équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en termes de compétences, d'effectifs et de matériel sont disponibles pour la salle de Radiologie Interventionnelle Vasculaire.

La formation et l'intégration des nouveaux arrivants est bien organisée. La gestion des ressources est effectuée par les Responsables.

Les professionnels bénéficient des formations réglementaires (gestes d'urgence, incendie, hygiène) et de formations spécifiques puisqu'ils ont été formés à la radioprotection, que le Responsable est lui-même P C R et que trois IDE sont aussi référentes en Vasculaire. Quelques actions complémentaires de formation restent en cours comme une mise à jour de la formation des Chirurgiens à la radioprotection des patients ainsi qu'une formation technique complémentaire à l'utilisation des amplificateurs pour les Chirurgiens et les IDE.

La gestion des compétences est évaluée par le Responsable lors des entretiens annuels. La gestion du matériel chirurgical, radiologique et anesthésique, et de l'informatique est assurée par les responsables et l'équipe biomédicale avec une maintenance préventive et curative.

Les protocoles, procédures et documents spécifiques sont intégrés dans la gestion documentaire informatisée institutionnelle.

Les professionnels disposent des informations nécessaires à la prise en charge du patient sur supports papier (Livret d'Information du Patient avant une intervention chirurgicale, Fiche « Validation Dossier Patient et Soins avant Bloc Opératoire », documents de traçabilité avec la Check-list HAS « Sécurité du patient en Chirurgie Interventionnelle » et la Check-list HAS « Cathéters veineux centraux ») ou support informatisé (dossier patient, consultation pré anesthésique, prescriptions, résultats d'examen, consignes post opératoires de SSPI). Des documents d'information du patient sur les gestes réalisés et la justification de l'acte sont disponibles et remis en consultation au patient pour obtenir son consentement éclairé.

Le programme opératoire est accessible de tous les postes sur support informatique. La surveillance per opératoire est assurée sur support papier et la surveillance post-opératoire en SSPI sur support informatique (SIP) qui intègre aussi le dossier du patient et la consultation pré-anesthésique (CPA), ce qui assure la disponibilité des informations entre les blocs et les secteurs d'aval.

L'approvisionnement en matériel, médicaments, DMI et DM permet de répondre aux besoins. La stérilisation est centralisée et assurée sur place dans des locaux communiquant avec le bloc général.

Les effectifs de l'équipe médicale et du personnel soignant sont adaptés aux besoins.

La salle d'opération est conforme aux exigences réglementaires liées à la pratique régulière de la radiologie interventionnelle comme l'a confirmé un audit de l'état des lieux réalisé en vue de la visite de l'ASN. La qualification du renouvellement d'air de la salle est adaptée au type de chirurgie réalisée. Les amplificateurs mobiles conformes actuellement utilisés sont en cours de renouvellement en raison d'un manque de fiabilité. La zone de stockage du matériel radiologique et du consommable est proche de la salle.

Les équipements de sécurité (radioprotection) sont disponibles pour les professionnels et les patients.

La disposition des locaux permet de respecter les procédures d'hygiène pour les circulations des patients et des personnels et pour l'évacuation des déchets.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La salle de Radiologie Interventionnelle du Bloc Général dispose d'une organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour son fonctionnement et la prise en charge des patients. La mise en œuvre réalisée est assurée par des personnels formés; elle est adaptée par le Responsable selon la planification établie pour réguler l'activité et assurer la sécurité des patients .

Pour la programmation, l'inscription du patient est assurée sur une fiche de réservation prévisionnelle

informatisée par le Chirurgien depuis son cabinet en collaboration avec le secrétariat en charge de la planification. Après réalisation de la consultation pré anesthésique (CPA) la validation et le suivi de la planification sont organisés par les Responsables du Bloc grâce au logiciel spécifique de programmation.

Les compétences de l'équipe médicale et du personnel soignant sont adaptées à l'activité. La mise en œuvre est conforme aux recommandations de bonnes pratiques. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

La traçabilité des actions, des matériels et des activités réalisées est assurée à l'aide d'un logiciel unique ou est réalisée systématiquement sur support papier (feuilles d'ouvertures de salles, différentes check-lists, cahier de bloc opératoire et recueil par un personnel spécifique en concertation avec la pharmacie pour la traçabilité des DM et des DMI). La mise en œuvre des check-lists respecte les trois temps de concertation pluridisciplinaire.

La communication entre professionnels et les interfaces sont assurées.

Les Événements Indésirables (EI) liés aux soins sont signalés sur le logiciel institutionnel. Les EI sont analysés mensuellement en CREX et font l'objet d'un suivi par la cellule de vigilance; ils sont aussi analysés trois fois par an par le COVIGERIS et éventuellement en Conseil de Bloc et pour les E I graves ou récurrents lors des Revues de Direction.

Les contrôles environnementaux (eau, air, surfaces) sont réalisés et tracés périodiquement selon le programme formalisé des prélèvements. Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec le CLIN et l'EOH. La délimitation et le signalement des zones réglementées ont été effectués. Les contrôles d'exposition aux radiations ionisantes (par dosimètres actifs et passifs) sont assurés et tracés.

Le service biomédical effectue une ronde matinale quotidienne avant l'ouverture de la salle pour prévenir tout dysfonctionnement.

Des réunions mensuelles sont organisées entre les Responsables des Blocs et les secteurs d'hospitalisation pour évaluer la qualité de prise en charge du patient. Les comptes rendus disponibles sur internet permettent la transmission des informations aux équipes; ils sont aussi communiqués aux professionnels au cours de réunions de services ou des instances (Conseil de Bloc, CLIN, COVIGERIS, CSSI).

Ces constats ont été confirmés par l'investigation des patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits de pratiques et de traçabilité sont réalisés périodiquement comme pour les autres salles des Blocs. Le suivi est assuré sur des indicateurs quantitatifs d'activité (indicateurs de pilotage : TVO, TROS, taux de débordement, nombre d'interventions, taux d'occupation annuel et taux de débordement annuel par spécialité) et des indicateurs qualitatifs (taux de report, taux d'annulation, non conformités) et des indicateurs spécifiques (taux de formation à la radioprotection, mise en place du relevé de doses).

Le recueil des EI est assuré à l'aide du dispositif institutionnel commun sur support informatisé. Leur analyse est effectuée par plusieurs instances (Cellule de vigilance, Conseil de Bloc, COVIGERIS, CLIN, Revue de Direction) qui décident des actions correctives à mettre en œuvre.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en place sont intégrées avec le programme d'action institutionnel. Elles sont redéfinies tous les quatre mois après analyse des différents thèmes abordés au cours des Revues de Direction réunissant la Direction et les Responsables des secteurs d'activité qui permettent d'établir un bilan des performances du quadrimestre précédent (résultats, indicateurs, RH, SI, audits, avancement des actions d'amélioration).

Les Revues de Direction constituent un outil de management permettant ainsi de réévaluer et de réajuster le PAQSS périodiquement tous les quatre mois.

Différentes actions sont progressivement mises en place notamment la poursuite de l'informatisation de certains éléments du dossier (CPA et suivi en SSPI), l'optimisation de l'occupation des salles.

Les résultats des audits et le suivi des actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels sont communiqués sur internet, au cours des réunions mensuelles entre les Responsables des Blocs et des secteurs d'hospitalisation et au cours des réunions des services ou des différentes instances (Conseil de Bloc, CSSI...).

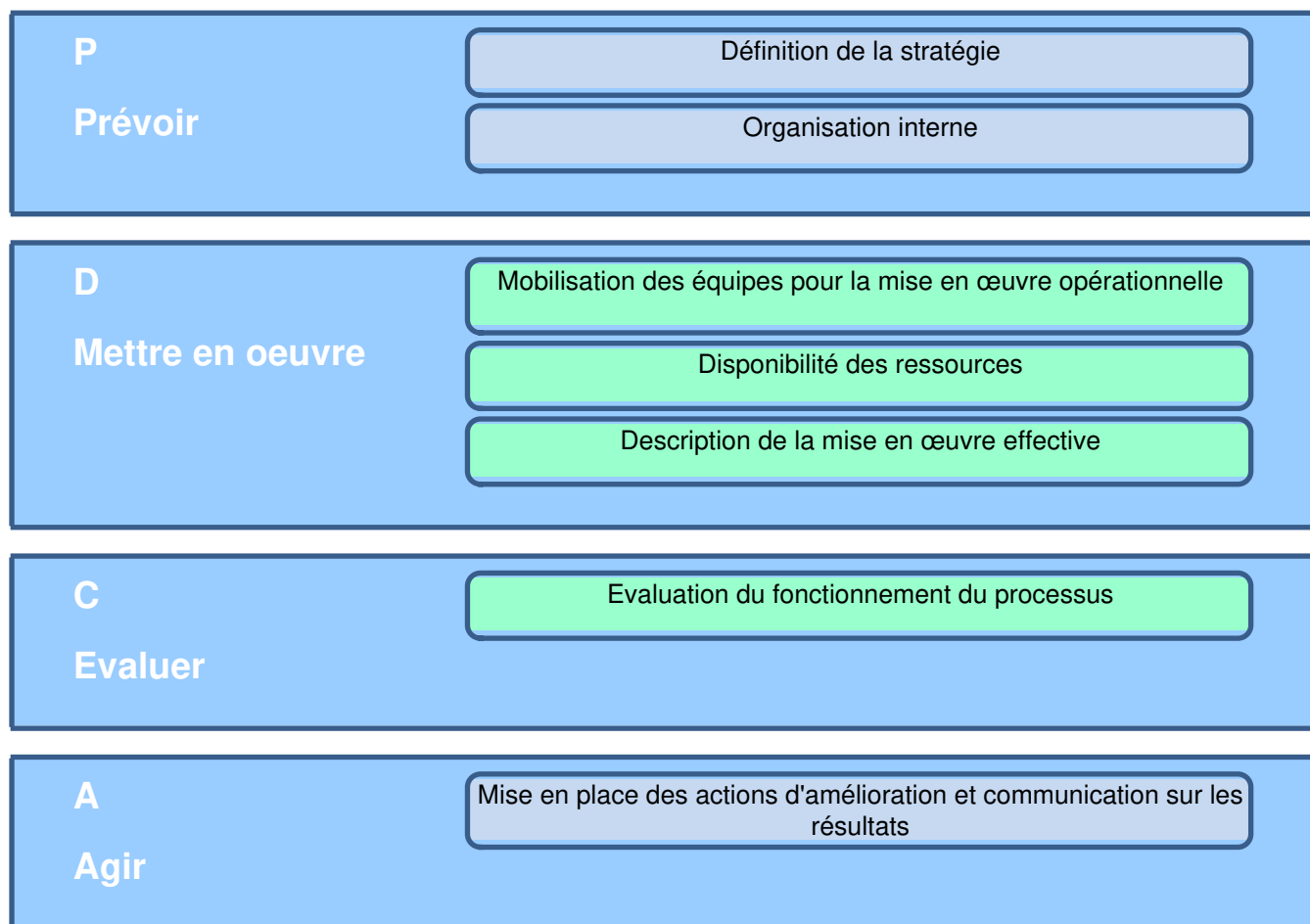
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

L'Hôpital Privé Toulon Hyères-Sainte Marguerite (HPTH SM) développe une activité d'endoscopie digestive, bronchique et urologique dans un bloc opératoire spécifique dédié à l'endoscopie. Toutes les endoscopies digestives et bronchiques y sont pratiquées toujours réalisées sous anesthésie. Les endoscopies urologiques peuvent aussi être pratiquées au Bloc Opératoire général. Le Bloc Endoscopique (BE) récent (2014) comporte trois salles équipées, une SSPI de 4 postes et une salle de désinfection-traitement et stockage des endoscopes. Le traitement de tous les endoscopes de l'établissement est centralisé dans cette salle (y compris les urétéroscopes). La stratégie pour l'endoscopie a été définie par la Direction, la CME et les praticiens concernés dans différents documents dont le projet d'établissement réactualisé en Janvier 2017 et la Politique d'Amélioration de la Qualité des Soins 2012-2017. Le but est d'appliquer à Hyères les mêmes procédures qualité utilisées pour la certification ISO 9001 obtenue pour l'endoscopie d'un autre établissement du groupe.

Cette stratégie a été validée par les instances concernées.

L'identification des risques a été élaborée à partir de la cartographie des risques spécifiques au bloc endoscopique établie par les professionnels reprenant le parcours et les différentes étapes de la prise en charge du patient au bloc endoscopique, et les risques liés au processus et transversaux au processus.

Le programme d'actions préventives est établi dans le cadre des Revues de Direction quadrimestrielles, à partir d'objectifs définis avec la Direction et de différents indicateurs (IQSS, résultats d'évaluations propres à l'établissement, programme d'audits internes, résultats des contrôles bactériologiques et physico-chimiques, analyse des événements indésirables). Après hiérarchisation classique des risques, des plans d'actions ont été établis. L'établissement a retenu deux risques à intégrer dans le Compte Qualité (CQ): le risque anesthésique et le risque de non application des nouvelles recommandations relatives à la désinfection des endoscopes.

Pour ces deux risques trois plans d'action ont été initialement établis avec des modalités définies de mise en œuvre (objectifs, actions, responsables, échéances et modalités de suivi) : communiquer à la Direction Générale les programmes opératoires validés à 48 h, poursuivre le recrutement d'IADE salariés et revalider les procédures de désinfection des endoscopes.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation interne du processus « endoscopie » permet la mise en œuvre du programme d'actions défini et la mise à disposition en temps utile des ressources nécessaires.

Le pilotage du processus « endoscopie » est assuré par trois pilotes le Directeur Général, le Directeur Adjoint ESM / Blocs Opératoires / Relations Usagers, le Responsable des Blocs de l'établissement et un copilote Responsable adjoint des blocs de l'établissement.

Les ressources humaines nécessaires au processus endoscopie sont en adéquation avec les besoins identifiés. Il existe un plan et un bilan annuel de la formation (hygiène, désinfection).

En matière d'équipements (endoscopes, bancs manuels informatisés, stockage, dispositifs de ventilation) les responsables des blocs et le service biomédical assurent les relations avec les fournisseurs et la maintenance préventive et curative.

Les fiches de postes des pilotes sont disponibles. La gestion documentaire est complètement informatisée et accessible. Les documents d'enregistrement et de traçabilité restent sur supports papiers spécifiques.

La salle de désinfection-traitement et stockage des endoscopes communique directement par deux guichets de chaque côté avec deux salle d'examen contiguës et par une porte et un couloir avec la troisième salle. Le système de ventilation est adapté.

Des procédures décrivent la prise en charge du patient, la maintenance des locaux et des équipements, les modalités de réalisation des examens et les règles de traçabilité à respecter. Les protocoles tiennent compte des recommandations des sociétés savantes et des bonnes pratiques d'hygiène compte-tenu de la prépondérance du risque infectieux pour ce processus.

La gestion des dysfonctionnements est organisée via le signalement des événements indésirables.

L'entretien des locaux et du matériel est décrit et tracé. Le programme des prélèvements microbiologiques est formalisé pour chaque secteur.

La gestion des interfaces est organisée, notamment avec les "fonctions supports" : EOH, CLIN, stérilisation, biomédical, pharmacie, laboratoire et brancardage.

Les services cliniques communiquent entre eux (ambulatoire, hospitalisation) grâce au système informatique commun aux trois blocs (Général, ambulatoire et endoscopique) et au logiciel de programmation unique.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les Responsables sont chargés du déploiement opérationnel de la démarche qualité. Le personnel est sensibilisé et impliqué. Il connaît les risques spécifiques à sa spécialité (risque d'identitovigilance, risque chimique, risque septique, etc...).

Les objectifs et les plans d'actions opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les risques et les actions prioritaires ont été définis en concertation avec les pilotes du groupe "endoscopie".

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les autres professionnels de leurs résultats notamment lors des Revues de Direction.

Il existe une charte de fonctionnement pour l'endoscopie incluse dans la Charte du bloc opératoire.

Les équipes participent à l'élaboration des protocoles et autres documents. Elles connaissent le système de recueil des événements indésirables liés aux soins. Les équipes participent aux RMM d'endoscopie (une en 2017).

Les résultats des indicateurs et les actions mises en place sont communiqués aux professionnels au cours des réunions de service ou des instances pour favoriser l'implication des équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en termes de compétences, d'effectifs et de matériel sont disponibles au bloc d'endoscopie en activité réglée ; les urgences éventuelles sont assurées par une astreinte.

Les professionnels bénéficient des formations réglementaires (gestes d'urgence, incendie, hygiène) et de formations spécifiques à l'endoscopie. Des formations organisées par les fournisseurs de matériel sont réalisées périodiquement et lors du changement de matériel. La gestion des compétences est évaluée par l'encadrement lors des entretiens annuels.

Les procédures et documents spécifiques sont intégrés dans la gestion documentaire informatisée institutionnelle.

Les professionnels ou les patients disposent des informations nécessaires à la prise en charge du patient sur support "papier" (Livret d'Information du Patient avant une intervention endoscopique sous anesthésie, documents de traçabilité) ou informatisé (dossier patient, prescriptions, résultats d'examen, préparation du patient, consignes post opératoire).

Des documents d'information sur le geste réalisé sont systématiquement remis au patient pour obtenir son consentement éclairé.

Les salles d'examen endoscopiques sont conformes adaptées et entretenues. Les locaux de désinfection des endoscopes sont équipés de deux bancs manuels informatisés et de deux hottes aspirantes en plus d'un système de ventilation forcée. Les endoscopes propres y sont stockés dans des plateaux fermés entourés d'une enveloppe verte. Les équipements de sécurité sont disponibles pour les professionnels. Les salles d'endoscopie sont équipées d'un chariot d'urgence conforme.

Le carnet de vie des endoscopes est disponible sur support papier au service biomédical. Les check-lists d'endoscopie digestive et bronchique sont disponibles et archivées dans les dossiers comme pour les fiches de liaison de prise en charge des endoscopes avec la traçabilité du risque de Creutzfeld Jacob.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des endoscopies est assurée par des personnels formés et adaptés selon la planification établie pour réguler l'activité et assurer la sécurité des patients en fonction de la disponibilité des personnels, des locaux et des équipements. L'inscription sur un formulaire informatisé pour la planification est du ressort du médecin de chaque discipline. La validation et le suivi de la planification sont organisés par les responsables des blocs sur le logiciel de programmation.

Les compétences du personnel médical et non médical sont adaptées à l'activité. Les urgences peuvent être assurées aux heures ouvrables dans la mesure où le personnel médical est disponible et où elles peuvent être intégrées dans le programme planifié. Il existe aussi une permanence par astreinte d'endoscopie. La mise en œuvre est conforme aux recommandations de bonnes pratiques pour la réalisation des actes d'endoscopie, la pratique de l'anesthésie et le nettoyage et la désinfection des endoscopes. Les étapes de la PEC du patient sont tracées avec des check-lists systématiques digestives et bronchiques et une traçabilité des étapes de la désinfection et de l'identification des endoscopes utilisés.

Les documents d'enregistrement sont disponibles sur support papier.

La communication entre professionnels et les interfaces sont assurées.

Les événements indésirables liés aux soins sont signalés sur le logiciel institutionnel. Les EI sont analysés et font l'objet d'un suivi par la cellule de vigilance avec retour d'expérience ; ils sont aussi analysés trois fois par an par le COVIGERIS et pour les EI graves ou récurrents lors des Revues de Direction.

Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec le CLIN et l'EOH. Les comptes rendus disponibles sur internet permettent la transmission des informations auprès des équipes. Les procédures de bonnes pratiques en lien avec l'hygiène sont mises en œuvre. La prise en compte du risque ATNC est assurée et tracée avec vigilance dans tous les secteurs.

Le programme des prélèvements microbiologiques est formalisé et mis en œuvre sur l'ensemble du

périmètre.
Ces constats ont été confirmés par l'investigation des patients traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'endoscopie fait l'objet d'un suivi par des indicateurs quantitatifs d'activité (prétraitement et traitement des endoscopes, statut MCJ tracé), des indicateurs qualitatifs (taux de report, taux d'annulation, non conformités), des audits périodiques répétés (14 grilles) et certaines évaluations (enquêtes de satisfaction des patients ou des correspondants externes) par les responsables et la Direction.

Les indicateurs liés au risque infectieux sont suivis par le CLIN.

Le recueil des événements indésirables est assuré à l'aide du dispositif institutionnel commun sur support informatisé. Leur analyse est effectuée par plusieurs instances (cellule de vigilance, COVIGERIS, CLIN, Revue de Direction) qui décident des actions correctives à mettre en œuvre.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées avec le programme d'action institutionnel. Elles sont redéfinies tous les quatre mois après analyse des différents thèmes abordés au cours des Revue de Direction réunissant la Direction et les responsables des secteurs d'activité qui permettent d'établir un bilan des performances du quadrimestre précédent (résultats, indicateurs, R H, SI, audits, avancement des actions d'amélioration).

Les Revues de Direction constituent un outil de management permettant ainsi de réévaluer et de réajuster le PAQSS périodiquement tous les quatre mois.

Différentes actions sont progressivement mises en place notamment l'informatisation de certains éléments du dossier (consultation pré anesthésique et suivi en SSPI).

Les Revues de Direction permettent de réévaluer et de réajuster le PAQSS pour l' endoscopie périodiquement tous les quatre mois.

Les résultats d'audits et le suivi des actions d'amélioration mises en œuvre avec les professionnels leurs sont communiqués sur internet et au cours de réunions de service du conseil de bloc ou de différentes instances.