



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION POLYCLINIQUE SAINT JEAN

**92 avenue docteur donat
06800 Cagnes Sur Mer
SEPTEMBRE 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	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	17
DROITS DES PATIENTS	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	36
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	57

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

POLYCLINIQUE SAINT JEAN	
Adresse	92 avenue docteur donat 06800 Cagnes Sur Mer
Département / région	ALPES-MARITIMES / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	060000171	E3S SAINT JEAN	81 avenue du docteur donat 06390 Cagnes Sur Mer
Entité juridique	060000239	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	92 AVENUE DOCTEUR DONAT BP 189 06800 Cagnes-Sur-Mer
Etablissement de santé	060780517	POLYCLINIQUE SAINT JEAN	92 avenue docteur donat 06800 Cagnes Sur Mer
Etablissement de santé	060780343	E3S SAINT JEAN	81 avenue du docteur donat 6390 Cagnes Sur Mer

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	80	42
MCO	Gyneco-Obstétrique	34	/
MCO	Médecine	46	/
SSR	SSR	47	/

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

Accréditation laboratoire COFRAC
Certification ISO : Prise en charge des urgences orthopédiques

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	Cf. fiche interface
Regroupement / Fusion	NC
Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	NC

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligation d'amélioration

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Homme ou Femme	Chirurgie	Prothèse intermédiaire du fémur suite à une chute	HC	Complexe	MCO
2	Homme ou Femme	Chirurgie	chirurgie herniaire	Ambulatoire	Simple	MCO
3	Femme	Obstétrique	Césarienne programmée	HC	Complexe	MCO
4	Homme ou Femme	SSR	Suite post opératoire chirurgie	HC	Simple ou Complexe	SSR

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
----	------------	--------------------------------	------------	---------------	------------------	-----

orthopédique

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

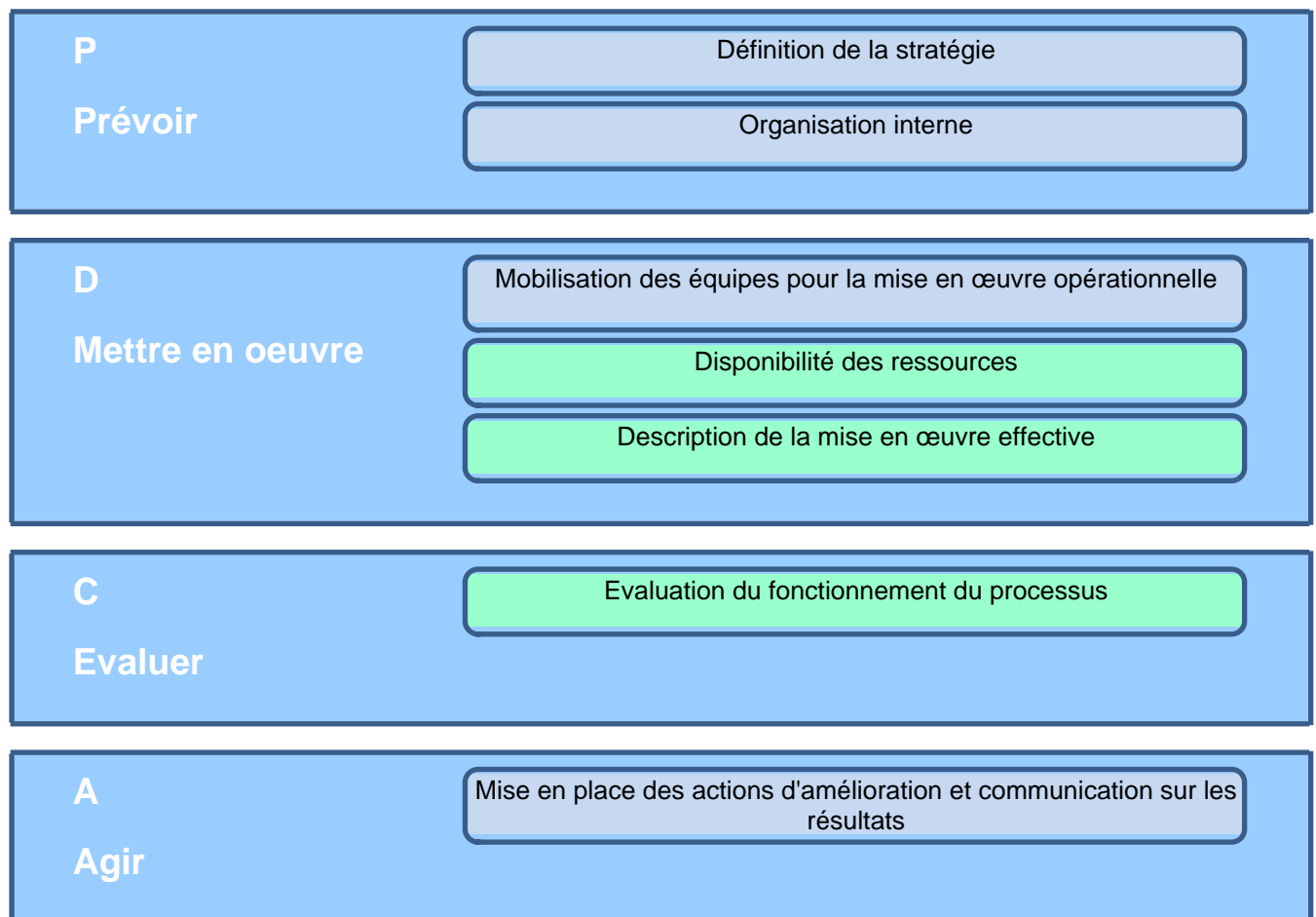
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

Le pôle santé Saint Jean composé de la clinique Saint Jean et de l'établissement soins de suite et ré éducation (SSR) Saint Jean a défini sa politique qualité sécurité des soins selon des axes stratégiques et objectifs d'amélioration du processus de management de la qualité et gestion des risques.

Une stratégie est établie notamment sur la base des missions de l'établissement, du contexte local et d'une analyse des risques (a priori et a posteriori) propres à l'établissement, le développement des évaluations de pratiques professionnelles(EPP) , les obligations réglementaires, la maîtrise des risques y compris la gestion de crise et les risques sanitaires.

Les axes stratégiques sont intégrés dans le projet d'établissement 2017-2021. La stratégie du management de la qualité et des risques est définie selon quatre axes principaux (suivi des démarches EPP, écoute client, optimisation et efficience de la prise en charge des patients et des prestations logistiques, renforcement de la sécurité des soins) déclinés en plans d'actions opérationnels.

La politique qualité et gestion des risques, validée par le comité de coordination de la gestion des risques lies aux soins (CORIS) et les deux Commissions médicales d'établissement (CME Clinique et CME SSR) décline les quatre axes de cette politique via un programme d'actions institutionnel formalisé et priorisé (PAQSS).

Ce dernier est piloté en mode projet, identifiant les responsables des actions, des échéances et modalités de suivi.

Le PAQSS fait l'objet d'une validation par les instances. Un bilan d'avancement des actions est réalisé trimestriellement et un bilan annuel est réalisé, validé par le CORIS, les commissions médicales de la clinique et du SSR et diffusé auprès des instances, comités de référence concernés et professionnels de santé.

La politique de gestion des risques s'appuie sur une démarche d'analyse des risques à priori, l'enregistrement et le suivi des risques à posteriori, la prise en compte de la réglementation, le déploiement des évaluations des pratiques professionnelles et de la gestion de crise.

L'établissement a élaboré ses analyses de risques a priori via une approche processus des thématiques inscrites au périmètre de visite selon une méthodologie précise et structurée. Les risques sont identifiés par approche processus ou chemin clinique, classifiés, priorisés selon la méthode préconisée par la Haute Autorité de Santé.

L'établissement mobilise ses différentes sources d'analyse afin d'alimenter le PAQSS et intégrer ses principaux risques au compte qualité. Il existe une lisibilité institutionnelle alliant l'origine des démarches, leurs déclinaisons et l'analyse de l'atteinte des objectifs.

La gestion des vigilances est structurée et organisée incluant l'identification des circuits d'alerte ascendante et descendante.

La gestion des plaintes et réclamations est organisée et formalisée. Une organisation permettant la traçabilité des actes de réclamations, de leurs suivis en termes de réponses associe les représentants des usagers.

L'engagement dans la démarche qualité et de la gestion des risques associe la direction d'établissement, la directrice qualité et l'ensemble des professionnels. La communication des engagements et objectifs institutionnels est partagée et communiquée largement incluant la commission des usagers (CDU), les commissions médicales d'établissement (CME), le comité de direction (CODIR), et l'ensemble des professionnels.

ORGANISATION INTERNE

Le processus de management de la qualité et gestion des risques est piloté par la directrice qualité et gestion des risques, qui est également coordonnatrice des risques associés aux soins. Des copilotes associés participent à l'élaboration du processus (gestionnaire des risques, président de la commission EPP, coordonnateur médical des instances).

La direction qualité gestion des risques travaille en lien étroit avec une équipe d'ingénieurs qualité, la direction des services de soins, l'ensemble des comités, sous commissions des CME afin de garantir le suivi du programme d'action conformément aux objectifs retenus et priorisés par l'établissement.

Un bilan qualité gestion des risques est inscrit à l'ordre du jour pour chaque réunion d'instances ou de comité. Un bilan est présenté à chaque réunion de CME.

Les rôles et responsabilités des pilotes, des copilotes et des membres de l'équipe de la direction qualité et gestion des risques sont définis et formalisés dans des fiches de poste respectives.

Au regard de ses missions et des risques identifiés dans le processus de management de la qualité et des risques, l'établissement prévoit dans ses ressources humaines les compétences utiles à la démarche. De formation diplômantes, l'ensemble de personnes pilotes sont formées à la qualité et gestion des risques.

Un dispositif de gestion documentaire électronique (GED) est mis en place pour faciliter la gestion et communication des documents qualité de l'établissement. Les règles de rédaction, vérification et validation de ces documents sont établies. L'accessibilité au système d'information électronique et la

connaissance des modalités d'accès sont organisées.
Des locaux et équipements sont prévus pour la bonne gestion du processus du management de la qualité et la gestion des risques.
L'organisation de la gestion des risques associe les différents secteurs d'activités et professionnels de l'établissement. Le partage des objectifs et de leurs atteintes est institutionnalisé et participe de part l'interfaçage et la coordination des secteurs d'activité à la dynamique institutionnelle.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins identifiés dans les secteurs d'activité, les pilotes du processus du management de la qualité et gestion des risques et les cadres des différents secteurs organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

La direction qualité et gestion des risques et son équipe assurent avec le concours des cadres des services et des médecins, l'accompagnement méthodologique pour la mise en œuvre de la démarche.

Les professionnels de terrain sont formés à la démarche qualité et les risques identifiés dans leur secteur ou de par leur participation aux processus. Des formations et réunions qualité et gestion des risques sont réalisées régulièrement pour mobiliser les professionnels sur des objectifs définis.

Les membres de l'équipe qualité interviennent régulièrement lors des réunions de service pour échanger avec l'équipe sur des thèmes qualité ou encore conduire des actions de sensibilisation spécifiques (identitovigilance, retour sur EPP, tenue du dossier...).

La directrice qualité participe aux réunions des cadres organisée par la direction des services de soins mensuellement.

Les professionnels de l'établissement participent activement aux groupes de travail, comités et instances mis en place.

Les déclarants d'événements indésirables sont systématiquement informés des suites données et impliqués dans le groupe d'analyse des causes profondes (CREX ou RMM). Le retour d'expérience est organisé au travers des comités CREX et RMM qui se réunissent régulièrement sous la coordination de la cellule qualité. L'ensemble des cadres de santé et les membres de la cellule opérationnelle sont formés à la gestion des risques et en particulier à la méthodologie CREX - RMM.

Un dispositif d'évaluations périodiques associe les équipes de terrain pour s'assurer de la conformité des pratiques et/ou de l'atteinte des résultats des actions d'amélioration. Pour ce faire, plusieurs professionnels sont identifiés en tant que contributeurs du compte qualité.

En prévision de la gestion des dysfonctionnements et événements indésirables significatifs, résultats non satisfaisants ou baisse d'indicateurs, des modalités sont établies pour la mise en œuvre d'actions correctives en lien avec les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose dans ses ressources en compétences d'une directrice qualité et gestion des risques, d'un médecin coordonnateur des instances et de deux ingénieurs qualité qualifiés.

Les membres de l'équipe qualité sont formés dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques.

Un dispositif de gestion documentaire électronique est mis en place. Il intègre les règles de rédaction, vérification, validation, diffusion et mise à jour des documents qualités. L'ensemble des documents est disponible, accessible et actualisé régulièrement. Tous les professionnels ont été formés à l'utilisation du logiciel de signalement des événements indésirables dont le dispositif est connu et utilisé par les professionnels.

Les locaux et équipements mis à disposition pour le management de la qualité et des risques sont adaptés et entretenus. Différents outils qualité et gestion des risques sont mis à disposition des équipes et sont appropriés (logiciel de déclaration des événements indésirables, supports tutoriels, supports de communication interne).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité de l'établissement connaissent et mettent en œuvre le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques.

Les instances fonctionnent et se réunissent régulièrement, les comptes rendus de réunion sont disponibles sur l'intranet et connus des professionnels de santé.

La démarche d'évaluation des risques a priori est effective dans les différents secteurs visités.

L'établissement élabore des analyses de risques traduites par des cartographies permettant la hiérarchisation de ces derniers.

Cette démarche est appropriée par les professionnels rencontrés et permet la détermination des modalités de traitement des risques en termes d'actions d'amélioration. Le partage des informations et la participation des professionnels sont constatés.

Le dispositif de gestion des événements indésirables est approprié et opérationnel. Le signalement des événements indésirables, l'analyse des causes profondes des événements indésirables (notamment les événements indésirables graves) selon la méthodologie ALARM adoptée par l'établissement et le traitement par action corrective sont effectifs. Les professionnels concernés sont associés dans ce

dispositif.

Les évaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) sont déployées dans tous les secteurs d'activité cliniques et plateaux techniques. Les Réunions de Morbidité-Morbidité (RMM) ou Comité de Retour d'expérience (CREX) sont déployés, notamment dans les secteurs de chirurgie, anesthésie, réanimation et oncologie. Ce dernier secteur réalise les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). L'engagement des professionnels de ces différents secteurs est effectif dans les démarches d'évaluation.

Les dispositifs de vigilances, de veille sanitaire et de gestion globale de la qualité et des risques sont coordonnés par la direction qualité et gestion des risques. L'association des médecins et chirurgiens est effective.

La gestion de crise et plan blanc est effective avec des exercices réalisés en temps réel (attentats de Nice).

L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est effective. Les données issues de cette exploitation contribuent à l'élaboration du programme d'amélioration de la qualité de l'accueil et de la prise en charge des patients.

La participation des équipes des secteurs d'activité à la mise en œuvre des actions d'amélioration, relatives aux déclarations des événements indésirables, dysfonctionnements, résultats des EPP et des RMM, est effective.

La Commission des usagers (CDU) et les représentants des usagers sont impliqués dans le suivi des actions qualité. Un bilan est présenté à chaque CDU.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement planifie et réalise régulièrement des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), des audits, enquêtes de satisfaction, des contrôles qualité, l'analyse des risques a priori et a posteriori et le suivi d'indicateurs pour évaluer le fonctionnement des différents processus et des différentes activités de l'établissement.

Le processus qualité gestion des risques est également évalué par le biais des audits patients traceurs réalisés, les audits processus, l'évolution de la maîtrise des risques et le nombre d'actions réalisées.

L'établissement assure de façon régulière l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base des indicateurs nationaux, des enquêtes de satisfaction.

Les représentants des usagers ont été sollicités et tenus informés de la démarche de certification, des politiques élaborées.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels, au regard des résultats obtenus des différentes évaluations réalisées. Ces actions sont articulées avec le programme d'actions global institutionnel (PAQSS).

Le compte qualité est alimenté des analyses de risques et plan d'actions afférents concernant les thématiques au périmètre de visite. La supervision et le suivi sont réalisés par la directrice qualité, l'équipe d'ingénieur et la direction des soins et direction générale.

Le suivi du programme d'action est mis en œuvre. Les résultats des actions menées sont communiqués institutionnellement aux professionnels à travers les réunions de service, l'intranet ou les comptes rendu des comités et instances.

Des indicateurs spécifiques sont retenus pour le processus de management de la qualité GDR (formations, nb réunions de sensibilisation, nb documents créés ou actualisés/documents consultés, nb réunion instances, nombre des événements indésirables de CREX, de RMM et de participants aux journées d'informations...).

L'établissement mobilise ses résultats en terme d'analyse de la mesure d'impact de ses actions et prévoit dans son organisation des tableaux de bords sur la base d'indicateurs de résultats.

Le dispositif Esatis est en place avec information des patients, recueil des adresses mail et transmission des fichiers. Un suivi du déploiement du dispositif est réalisé en CDU.

Les usagers sont informés des résultats par voie d'affiches pour les indicateurs et par le biais des réunions de la CDU.

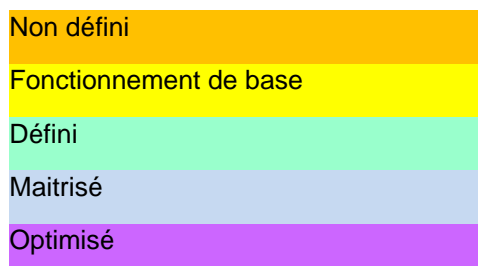
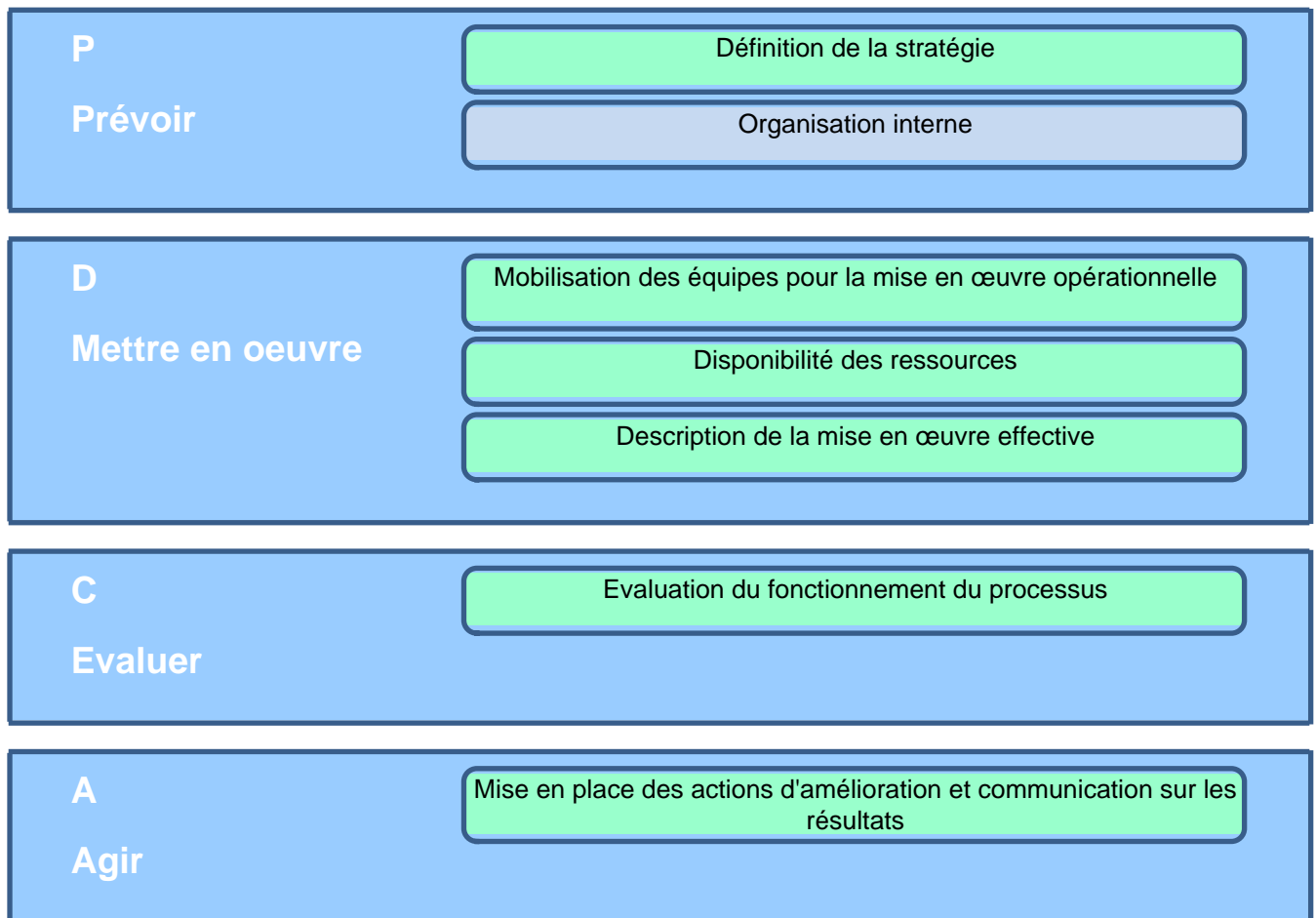
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un projet de gestion du risque infectieux est élaboré et formalisé dans le projet médical validé par la Commission médicale de la polyclinique Saint Jean et du SSR Saint Jean.

La politique de maîtrise du risque infectieux s'articule à partir des objectifs définis en lien avec les orientations stratégiques de l'établissement, le programme annuel, les résultats des évaluations, les analyses des risques, la réglementation, les résultats des indicateurs, le suivi des décisions de la certification.

Le Pôle santé Saint Jean (polyclinique et SSR) a identifié et analysé les risques infectieux de manière pluri-professionnelle. Les principaux risques sont ventilés dans le compte qualité : précaution standard et complémentaire, suivi des infections liés aux soins, lutte contre l'antibiorésistance, prévention du risque infectieux en cas de geste invasif, bio-nettoyage des locaux des services et du bloc opératoire, hygiène en cuisine et précaution en cas de travaux.

Ces éléments de gestion du risque infectieux intégrés compte qualité sont articulés avec les résultats des audits et des signalements.

Les objectifs sont définis en corrélation avec les besoins, la structure et le suivi du plan d'actions respectant la méthodologie en vigueur dans l'établissement. Le programme d'action de lutte contre les infections associées aux soins est élaboré par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière (EOHH) qui en détermine les objectifs, les actions et les échéances.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par l'équipe opérationnelle en hygiène hospitalière (EOHH) composée d'un médecin hygiéniste biologiste à mi temps et de quatre infirmières hygiénistes (temps additionné 90% ETP).

Leurs missions sont déterminées par des fiches de poste.

La liaison médicale est assurée par le praticien hygiéniste, également coordonnateur des instances et par le pharmacien en charge du bon usage des antibiotiques.

Deux médecins infectiologues sont disponibles pour avis spécialisés.

Des correspondants en hygiène sont identifiés et participent activement au déploiement de la culture de cette thématique.

Une gouvernante est nommée pour la gestion du bio-nettoyage et le traitement des déchets.

Le plan de formation fait mention d'actions à destination de l'infirmière hygiéniste et des correspondants. Un plan de formation interne est établi par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière à destination des professionnels.

Les protocoles et les procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux, de bon usage des antibiotiques et de bio-nettoyage sont élaborés par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, validés par les instances et mis à disposition des professionnels sur support informatisé.

Les ressources matérielles sont prévues en adéquation aux besoins (équipement de protection individuel, dispositifs médicaux sécurisés, matériels et produits de désinfection).

Le suivi du programme d'action et des évolutions des pratiques est communiqué par l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière aux commissions médicales d'établissement (polyclinique et SSR).

Les pilotes assurent une communication directe auprès de l'encadrement et des professionnels. Les protocoles indispensables sont affichés dans les locaux de travail et dans les services (AES, bio-nettoyage).

Les interfaces fonctionnent avec les services cliniques, médico-techniques et administratifs. Le laboratoire de bactériologie alerte, en même temps, l'infirmière hygiéniste et le secteur d'hospitalisation concerné, en cas de BMR. L'EOHH travaille en étroite collaboration avec le réseau "Azur CLIN".

Le comité de lutte contre les infections (CLIN) est remplacé au niveau stratégique par le CORIS, et au niveau opérationnel par l'EOHH.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les programmes d'actions concernant le risque infectieux et l'antibiothérapie déclinent la stratégie institutionnelle en objectif, plan d'actions opérationnel, de surveillance et de prévention, adaptés aux risques spécifiques de chaque secteur.

Les correspondants en hygiène sont régulièrement sensibilisés au cours des réunions organisées par l'équipe opérationnelle animée par les infirmières hygiénistes. La participation des professionnels est recherchée notamment sur la base de formation internes et de communication des objectifs.

Les signalements des événements indésirables, l'organisation des évaluations des pratiques professionnelles (EPP), les réunions de morbi mortalité (RMM) et comité de retour d'expérience (CREX) sont favorisés. L'évaluation des activités est effective et les résultats sont communiqués aux professionnels concernés. Les actions correctives sont identifiées associant les professionnels de tout secteur d'activité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les professionnels de l'équipe opérationnelle possèdent les compétences diplômantes spécifiques à l'exercice de leurs missions en hygiène. Il existe des formations périodiques internes des professionnels (nouveau arrivants en particulier), notamment sur la prévention du risque infectieux, le bon usage des antibiotiques et du bio-nettoyage. La documentation actualisée est disponible dans la base documentaire informatisée. Un référentiel d'antibiothérapie est mis à disposition pour les prescripteurs.

L'équipement de protection individuel est prévu dans tous les secteurs. Les locaux fonctionnels et les équipements nécessaires à leurs entretiens sont mis à disposition des services de soins. L'équipement et les locaux du traitement des déchets (DAOM, DASRI et déchets spécifiques à l'activité de chimiothérapie) sont en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre du programme de prévention du risque infectieux ainsi que les procédures d'hygiène des locaux et de bonnes pratiques de l'antibiothérapie sont déclinées dans les différents secteurs de soins. Les professionnels se coordonnent pour améliorer la traçabilité de la surveillance et de la mise en œuvre des soins.

Les locaux de soins, de bio-nettoyage possèdent l'équipement adaptés aux besoins. Les produits de bio-nettoyage, de désinfection, d'hygiène de la main sont connus et utilisés par les professionnels qui sont formés à leur bonne utilisation.

Les procédures en cas d'accident d'exposition au sang (AES) sont élaborées et affichées dans les locaux concernés. Le personnel dispose du matériel de protection en qualité et en quantité suffisante.

La traçabilité du bio-nettoyage des locaux est assurée.

Le suivi des infections est réalisé en collaboration avec le laboratoire qui alerte l'EOHH et le service de soins en cas d'identification notamment d'apparition de bactérie multi résistante (BMR ciblées). Pour les patients le nécessitant, des moyens de protection et d'isolement sont prévus et mis en place.

La surveillance environnementale dans les services et secteurs à risque, le suivi des prélèvements au bloc opératoire et en endoscopie est opérationnelle assurant la traçabilité documentée.

Le dépistage du risque de la maladie de Creutzfeldt Jacob (ATNC) est systématique, basé sur une alerte tracée en consultation d'anesthésie.

Les évaluations de pratiques professionnelles est organisée et documentée.

Une réunion plénière de l'EOHH et trois autres réunions restreintes-ciblées sont organisé autour des risques spécifiques avec des acteurs concernés et des correspondants en hygiène. Les réunions du CORIS sont régulières. Les compte rendus sont diffusés via la gestion documentaire électronique.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont assurés par l'équipe opérationnelle sur la base d'outils identifiés. Un tableau de bord regroupe les indicateurs nationaux (IQSS) et internes, avec des évaluations périodiques.

Un bilan d'activité annuel est réalisé par l'équipe opérationnelle.

Trois évaluations des pratiques professionnelles (EPP) spécifiques, ciblent la sécurisation du risque infectieux en préopératoire, l'amélioration de la prise en charge des patients porteurs de BMR et la gestion de l'antibiothérapie.

Le suivi (résultats, communication) des EPP est mis en œuvre. Le retour d'expérience est mis en œuvre via des CREX sur deux signalements infectieux (méningite hospitalisée et infection de DVI), une RMM spécifique sur l'exhaustivité de l'infection du site opératoire est réalisée.

A / AGIR

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

Le programme de gestion du risque infectieux fait l'objet d'un suivi continu, d'une révision annuelle et d'un bilan d'activité. Les risques identifiés sont ajustés et les actions d'amélioration mises en place sont articulées avec le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement.

Les résultats notamment des indicateurs nationaux du tableau de bord de lutte contre l'infection nosocomiale sont diffusés et affichés.

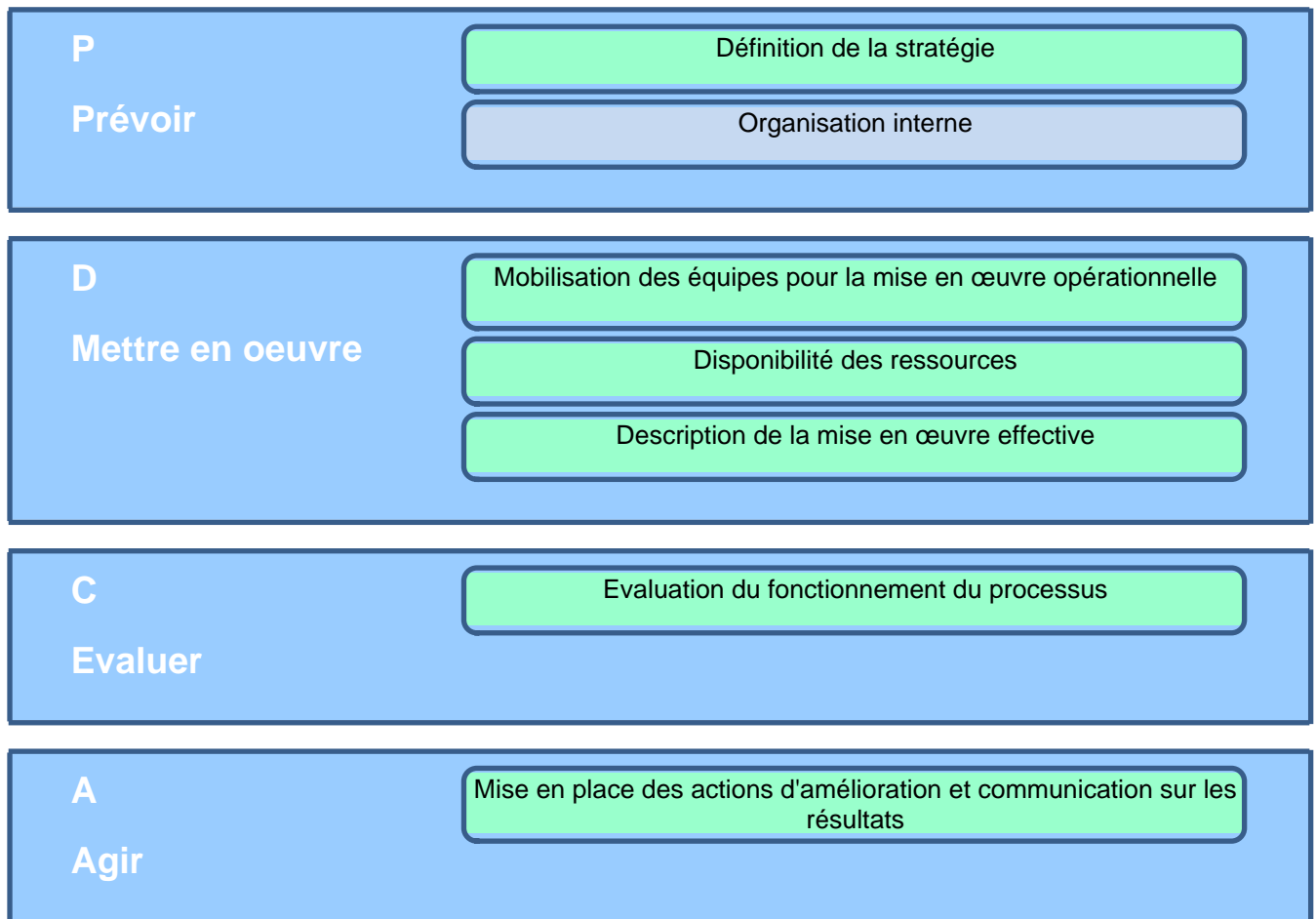
DROITS DES PATIENTS

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'établissement Pôle Santé Saint Jean a élaboré des orientations stratégiques et des objectifs opérationnels sur la base de l'identification de ses missions relatives au respect des droits patients, à l'information du patient et de la réglementation en vigueur. Elles sont formalisées dans le Projet d'établissement 2017-2021 au travers des politiques transversales avec une validation en Conseil d'Administration, comité technique, commissions médicales d'établissement (CME) et commission des usagers (CDU). Deux axes forts s'inscrivent dans la politique de respect des droits patients : l'implication de tous les professionnels dans la promotion du respect des droits du patient et de la bientraitance et le développement d'une relation partenariale des usagers, de leurs représentants et des associations visant la promotion du respect des droits patients.

L'établissement a utilisé comme source d'informations les résultats des analyses des fiches d'évènements indésirables (FEI), les réclamations et plaintes des patients et de leur entourage, les enquêtes de satisfaction ainsi que les remarques des usagers exprimées lors des réunions de la CDU. Il s'est également appuyé sur les travaux du groupe bientraitance et sur les réflexions conduites par le comité éthique mis en place depuis 2012 et piloté par le médecin coordonnateur. L'analyse et la hiérarchisation des risques a été conduite par les professionnels concernés selon la méthodologie de la Haute Autorité de Santé.

Les risques et leur hiérarchisation sont formalisés dans le programme d'actions qualité et sécurité des soins (PAQSS) avec une déclinaison concernant le processus droits patients. Ce document est présenté et validé en CDU et en CME. Pour chaque action, un responsable est désigné, une échéance est déterminée et un critère d'évaluation de l'action est identifié.

Le compte-qualité identifie sept risques principaux portant sur l'accessibilité des personnes à mobilité réduite, le confort lors de l'hospitalisation, la prise en charge de la douleur, le niveau de qualité d'information du patient, le maintien du respect de la dignité et de l'intimité et l'amélioration continue des performances du processus droits patients.

L'établissement conduit une politique dynamique dans ce domaine et ce particulièrement dans les différents dispositifs d'information délivrés au patient.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par la directrice des soins infirmiers et la directrice qualité en étroite relation avec la commission des usagers (CDU).

Depuis Juin 2016, les deux sites de l'établissement (polyclinique et SSR) disposent de leur propre CDU. Les pilotes du processus ont mis en place un groupe de travail pluridisciplinaire commun.

Les missions dévolues aux pilotes sont définies dans une fiche de mission. Les pilotes ont été formées à la méthodologie de hiérarchisation des risques.

Ce groupe de travail s'articule avec la CDU qui est constituée selon la forme réglementaire et qui dispose d'une procédure décrivant sa mission, sa composition et son fonctionnement.

Le Comité Éthique vient alimenter les réflexions des professionnels sur les droits des patients et plus particulièrement sur les thèmes suivants : le refus de soins, les directives anticipées, la laïcité dans les soins ou la symbolique autour du décès.

Le plan de formation prévoit des actions de formation internes et externes sur cette thématique : bientraitance, secret professionnel, prise en charge de la douleur, accompagnement en soins palliatifs, communication non violente et violences conjugales.

Des protocoles et procédures existent sur les modalités de signalement et de traitement des cas de maltraitance, sur l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, sur l'information et le consentement éclairé du patient sur les données à caractère personnel ainsi qu'en service d'oncologie ambulatoire.

Il existe un livret d'accueil pour le patient qui contient les informations nécessaires à son séjour mais également celles relatives au respect de ses droits avec notamment les modalités de saisine de la CDU et des médiateurs, les informations relatives à la désignation de la personne de confiance ainsi que la possibilité d'accéder à son dossier médical.

Des flyers spécifiques existent et sont relatifs aux directives anticipées, violences conjugales ainsi qu'un livret de soutien aux parents. L'affichage de la charte de bientraitance est effectif sur l'ensemble des services de soins. La composition de la CDU est portée à la connaissance des usagers et figure ainsi sur l'ensemble des panneaux d'affichage des services de soins.

Des dispositifs d'information des usagers sont mis en place via des vidéos sur la chaîne interne de l'établissement et portent sur la bientraitance, la lutte contre la douleur ou la contraception.

Concernant les salariés, les valeurs portées par l'établissement et recouvrant la bientraitance et le respect des droits patients sont pleinement intégrées lors du processus de recrutement avec une tenue de réunions d'intégration à destination des nouveaux arrivants médicaux ou soignants. Un engagement moral des salariés à respecter les droits des patients se traduit par l'existence d'une charte de la

bienveillance pour les salariés.
 D'un point de vue architectural, en service de soins palliatifs et en SSR, l'accueil des familles peut se faire dans un salon dédié permettant une rencontre en toute intimité.
 Les services disposent de matériels adaptés permettant d'assurer l'intimité des patients et la préservation des données en toute confidentialité.
 Les équipes soignantes ont des échanges réguliers avec les membres du groupe de travail bienveillance, Comité éthique assurant des interfaces sur les thématiques de la douleur, la fin de vie, l'intimité et le respect des libertés individuelles de par l'octroi de permissions thérapeutiques en Soins de Suite et Réadaptation (SSR).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'actions institutionnel (PAQSS) est décliné dans chaque service de l'établissement.
 Les cadres de santé sont les relais de la politique droits des patients et du plan d'actions associé auprès de leur personnel. La communauté médicale est mobilisée via la CME.
 Les professionnels sont régulièrement sensibilisés par leur hiérarchie sur les objectifs de leur secteur lors des réunions de service mais également lors des staffs des unités de soins. Ils participent au dispositif de déclaration des événements indésirables comme déclarants mais aussi comme professionnels consultés pour la mise en œuvre d'actions correctives.
 Le groupe de pilotage du processus, en lien avec le service qualité, s'assurent de l'efficacité de la mise en œuvre du plan d'actions en suivant l'évolution des indicateurs nationaux droits et information du patient ainsi que les indicateurs développés par l'établissement.
 La communication sur les résultats obtenus est réalisée par l'encadrement auprès des professionnels ainsi que par une consultation libre pour les professionnels sur un dossier partagé informatisé.
 Les résultats des indicateurs sont analysés mensuellement et des actions correctives peuvent être programmées et alimenter le plan d'actions général.
 L'analyse des déclarations des événements indésirables, l'analyse du questionnaire relatif au taux de connaissance des professionnels sur la bienveillance ou sur les droits des patients, les EPP portant sur la douleur, les audits dossier-patient (désignation de la personne de confiance, recueil du consentement éclairé, projet thérapeutique personnalisé) sont susceptibles d'alimenter le plan d'actions.
 Les usagers participent à l'identification et à la mise en œuvre des actions d'amélioration lors de la présentation en CDU.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés et les professionnels connaissent les droits des patients et notamment par l'intermédiaire d'actions de sensibilisation internes.
 Ils bénéficient des actions du groupe bienveillance avec l'appui des membres de ce groupe. Ce groupe bienveillance se réunit tous les deux mois avec une diffusion des comptes-rendus aux professionnels.
 Les protocoles, procédures et conduites à tenir pour respecter les droits des patients sont définis, regroupés dans le système de gestion documentaire, accessible et connu par les professionnels rencontrés.
 Les locaux et matériels mis à disposition des services de soins permettent aux professionnels de respecter l'intimité et la dignité des patients y compris lors des soins d'hygiène.
 Le système d'information est opérationnel et adapté.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels se sont appropriés les différentes procédures relatives aux droits des patients et sont sensibilisés à leur respect. Ils informent les patients de leurs droits à l'occasion de l'admission en médecine ou chirurgie ou soins de suite et réadaptation et tracent directement dans le dossier du patient informatisé, les informations recueillies à cette occasion et plus particulièrement le recueil de la personne à prévenir, de la personne de confiance et du consentement éclairé.
 L'analyse bénéfice/risque et le recueil des directives anticipées sont moins systématiques et dépendent du type de prise en charge assurée par le service de soins. L'incitation du patient à participer au projet de soins personnalisé est encouragée.
 Les professionnels sont sensibilisés à la notion de bienveillance, grâce aux actions déployées par le groupe bienveillance et connaissent la procédure de signalement.
 Ils utilisent les équipements mis à disposition pour respecter l'intimité des patients (rideaux dans chambre double) dans le cadre des soins qu'ils administrent et sont sensibles au respect de la confidentialité pour le patient et ses proches.
 La gestion des plaintes et réclamations est conforme aux bonnes pratiques, connue et mise en œuvre par les professionnels.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La mesure de la satisfaction des patients fait l'objet d'un suivi systématique et régulier par le biais de l'exploitation des questionnaires de sortie différenciés selon les spécialités médicales, mais également via la conduite d'enquêtes ponctuelles de satisfaction (journée bienveillance annuelle).

L'évolution du nombre de plaintes et réclamations est suivie et présentée en commission des usagers, tout comme le délai de réponse apporté à ces plaintes. Des dispositifs sont mis en place pour évaluer le respect des droits des patients.

Outre les indicateurs nationaux (IQSS), des audits mensuels sur le dossier-patient et la conduite de patients traceurs permettent de suivre des indicateurs sur la qualité de tenue sur la thématique droits patients.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées suite aux différentes évaluations sur cette thématique sont intégrées dans le programme global de la qualité et sécurité des soins et permet à l'établissement d'ajuster sa politique en lien avec la CDU.

Les résultats sont communiqués aux usagers lors des réunions de la CDU ou via le site internet.

En interne, la communication auprès des professionnels est assurée par les réunions de service, le dossier partagé et le site intranet de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

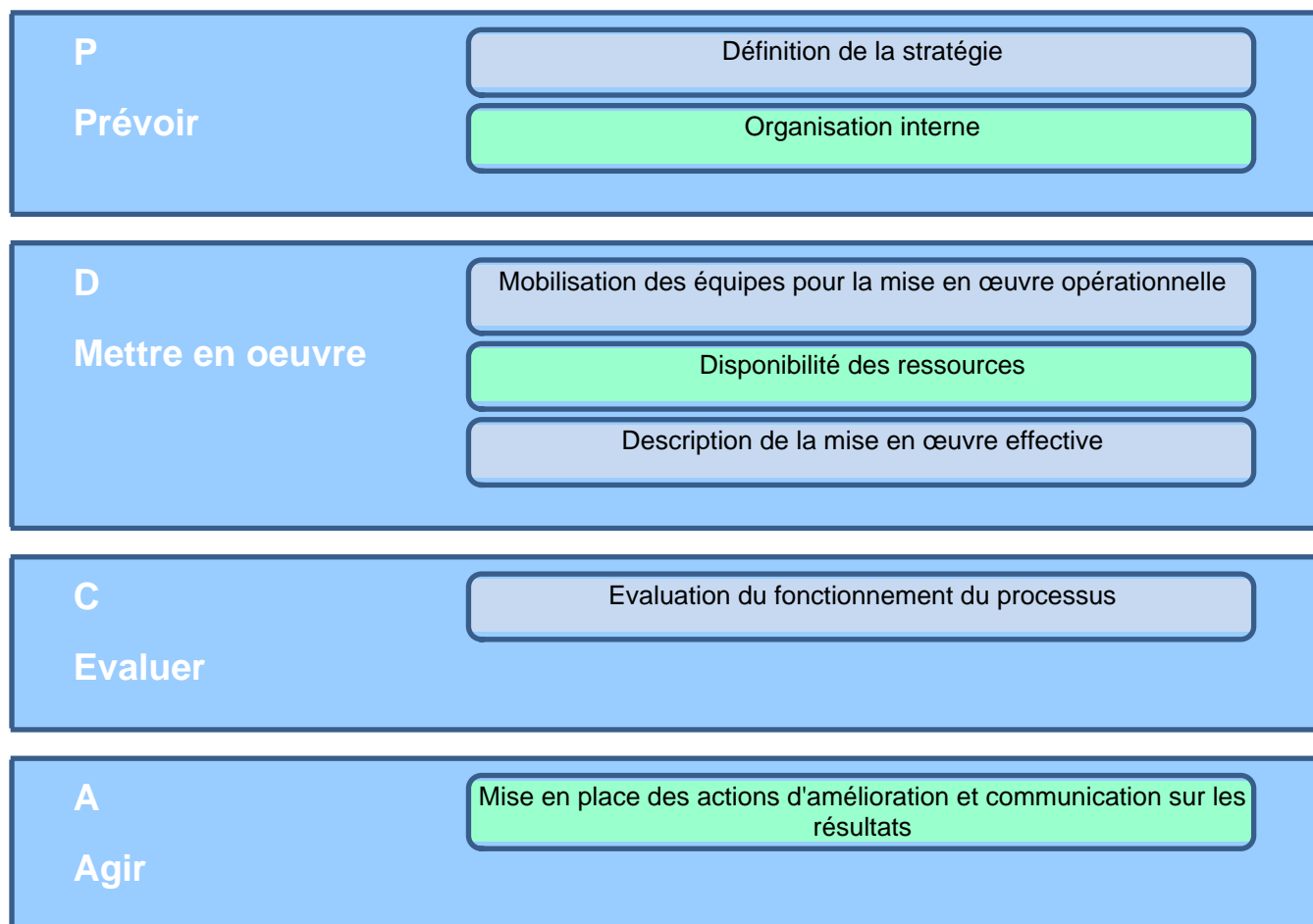
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Pôle Santé Saint Jean est composé de la polyclinique Saint Jean et du secteur de soins de suite et réadaptation Saint Jean localisés sur un même site géographique à Cagnes sur Mer. Les prises en charge réparties sur les différents secteurs couvrent les activités de chirurgie, médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation.

Le Pôle Saint Jean a défini ses orientations et objectifs spécifiques concernant la prise en charge patient et les parcours patient. Définis au sein du projet d'établissement 2017-2021, quatre axes spécifiques (dispositif d'accueil, évaluation initiale et continue, continuité et coordination de la prise en charge, sortie du patient) spécifient les orientations et objectifs opérationnels. Les différentes filières (obstétrique, chirurgie, soins de suite, soins palliatifs, urgences) font l'objet d'une description des orientations communes et spécifiques des secteurs d'activités.

Il existe une politique formalisant le projet de soins adossé au projet d'établissement qui décrit les objectifs opérationnels des orientations générales déclinées en projets de service selon les champs et secteurs d'activité et/ou filières de prises en charge. Le projet médical intégré au projet d'établissement apporte une lecture d'évolution des différentes filières dont celle concernant l'évolution ambulatoire et la prise en charge des urgences. L'établissement définit par ailleurs ses orientations de prise en charge concernant les différents types de populations, (personnes âgées, personnes démunies, mineurs).

Le Pôle Saint Jean a identifié et hiérarchisé ses risques par une analyse de type approche processus des parcours patients incluant les filières, afin d'établir une cartographie des risques selon les grilles de criticité et de maîtrise proposées par la Haute Autorité de Santé. Les usagers sont associés. Les analyses de risques portent sur les différentes filières de prise en charge (médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, urgences). Le Pôle Saint Jean a identifié ses principaux risques et a défini les plans d'actions afférents en corrélation aux risques identifiés. Les différentes sources d'analyse (satisfaction patient, événements indésirables, résultats d'évaluation) participent à l'analyse des risques et à la définition des actions d'améliorations. Les actions d'amélioration sont déclinées dans le plan d'amélioration de la qualité institutionnel de la sécurité des soins (PAQSS) formalisé, priorisé et présenté aux instances pour validation. Il existe une articulation entre le PAQSS et le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le Pôle Santé Saint Jean a établi une organisation pour piloter le processus parcours patient. Le pilotage du processus parcours patient est porté par les responsables et cadres de santé des différents établissements associant les médecins, la direction qualité et les directions des deux établissements (polyclinique et SSR). Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés. Le pilotage de la stratégie et du déploiement des orientations est sous la responsabilité du comité de coordination de la gestion des risques liés aux soins (CORIS), placé sous l'égide de la direction générale et associant la direction des soins, la direction qualité et les représentations médicales et chirurgicales.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le Pôle Santé Saint Jean prévoit les réponses à ses besoins en ressources humaines (présence et compétences), matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixé.

Le plan de formation annuel prévoit des formations en adéquation aux objectifs de la prise en charge patient (utilisation du matériel d'urgences et les gestes de premier secours, la prise en charge de la douleur, actions d'éducation en santé, prise en charge nutritionnelle...). Des actions de communication sont organisées pour sensibiliser les professionnels concernant le processus "parcours patient" et sur les risques identifiés inhérents à celui-ci (notes internes, réunions des cadres et de service et du comité de pilotage sous l'égide de la CME).

Les différents circuits de prise en charge sont définis (chirurgie complète, chirurgie ambulatoire, médecine, soins de suite et de rééducation, gynéco obstétrique, prise en charge pédiatrique, prise en charge gériatrique, urgences).

Le Pôle Santé Saint Jean organise la prise en charge du patient. Celle-ci est établie quelle que soit la filière d'entrée en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins, réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge incluant la notion d'urgence. Il existe à cette fin une organisation formalisée permettant l'enregistrement et la traçabilité via le dossier patient informatisé des actes d'analyse, de réflexion bénéfice risque, de soins et de thérapeutiques contributifs de la prise en charge.

Les modalités de la prise en charge patient sont construites sur l'élaboration d'un projet personnalisé de soins adapté aux différents parcours, ce que confirment les investigations patient traceurs réalisées en cours de visite. La prise en charge des urgences (chirurgicales, médicales, accident vasculaire cérébral, gynéco

obstétricale) est organisée par un système de présence permanente et de réponses aux besoins de la population. Des conventions formalisées prévoient le recours aux filières d'hospitalisation d'aval selon les pathologies non prises en charge par l'établissement.

La Polyclinique Saint Jean dispose d'autorisations d'exploitation d'un service d'urgences ouvert sur le territoire de santé.

Le Pole Santé Saint Jean organise la prise en charge des populations particulières (enfants, personnes âgées, personnes démunies) et prend en compte les besoins en santé (dépistage nutritionnel, risque suicidaire) sur la base de référentiels tracés via le dossier patient.

Les interfaces entre secteurs d'activités (chirurgie, médecine, SSR) et la coordination entre professionnels sont organisées incluant l'interfaçage avec les établissements d'amont et d'aval du territoire de santé.

La sortie du patient est organisée et anticipée au cours du séjour. Il existe une organisation formalisée de transfert des informations de la prise en charge entre les établissements d'adressage et d'aval du territoire de santé. Des conventions établies avec les établissements voisins et les réseaux et structures d'appui permettent la réorientation des patients ou la poursuite des prises en charge en cas de besoin.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le Pôle Santé Saint Jean mobilise les équipes dans l'élaboration des risques et la définition des plans d'actions d'amélioration concernant les parcours patient.

Sous l'égide des commissions médicales d'établissement, de la direction générale, de la direction qualité et des deux directions (polyclinique et SSR), le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

La visite de certification et la démarche qualité gestion des risques liées aux parcours patient a été préparée en favorisant la participation d'une majorité de professionnels autour de l'élaboration des analyses de risques (cartographies, auto évaluation, plans d'actions).

Les déterminants d'une démarche qualité structurée sont connus des professionnels rencontrés. La complétude et l'enrichissement du compte qualité est réalisé par la direction qualité associant les cadres.

La mobilisation des ressources et compétences en vue de l'atteinte des objectifs est constatée au cours des différents entretiens réalisés.

Les plans d'actions définis sont suivis par les pilotes processus identifiés et les instances en charge de thématique (comité de lutte contre les infections, comité de lutte contre la douleur, CORIS,...).

Les rôles et responsabilités sont définis et centrés sur un objectif principal partagé et collaboratif de communication au plus près des équipes des démarches engagées, objectifs institutionnels et de service.

Les différents professionnels sont associés dans l'élaboration des analyses de risques (a priori et a posteriori), des projets personnalisés de soins (soins de suite, médecine, gynéco obstétrique, SSR) associant tous les professionnels de la prise en charge (médecins, kinésithérapeutes, infirmières, assistantes sociales, psychologues, ergothérapeutes, diététicienne).

Il existe une dynamique de partage des informations et du suivi des objectifs en matière d'actions d'amélioration.

Les analyses de risques relatives à la thématique parcours patient sont partagées, diffusées et connues de l'ensemble des professionnels rencontrés. Les résultats sont communiqués aux instances et diffusés au sein de l'établissement via le système de gestion documentaire informatisé et des réunions des instances et comités et de service ou par affichage dans les unités fonctionnelles.

La commission des usagers (CDU) est associée concernant les retours d'informations, bilan des événements indésirables et peut émettre des propositions d'amélioration.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et compétences, matériel (locaux, équipements informatiques) et documentation sont disponibles dans les services au format informatique ou papier et permettent une prise en charge sécurisée des patients.

Les professionnels bénéficient du plan de formation institutionnel (gestion des urgences, patient traceur, prise en charge du risque suicidaire, gestes d'urgences, prise en charge des urgences vitales, stomathérapie...). Il existe un processus d'intégration des nouveaux arrivants et d'évaluation des compétences. Les règles de présence sont définies, le système de gardes et astreintes est effectif afin d'assurer la permanence des soins 24h/24.

La gestion des matériels est organisée et mise en œuvre incluant les maintenances préventives et curatives.

La gestion documentaire est accessible via un système informatisé permettant la disponibilité et accessibilité des supports documentaires organisationnels et/ou de bonnes pratiques. Le système documentaire comporte les procédures et protocoles, nécessaires pour la gestion des différentes étapes des parcours patient. Divers documents explicatifs des modalités de prises en charge et pratiques professionnelles sont accessibles par l'ensemble des professionnels.

Le dossier patient est informatisé en majorité sur tous les secteurs d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'ensemble des parcours patients est identifié incluant les dispositions nécessaires aux populations spécifiques (enfants, personnes âgées, hospitalisation complète et ambulatoire) ou selon les différentes filières de prises en charge (urgences pédiatriques, générales et gynéco obstétricales, filière gériatrique).

L'accueil des patients en médecine, chirurgie et des parturientes est protocolisé. L'évaluation initiale est tracée dans le dossier informatisé ou papier du patient.

Elle intègre entre autres : l'évaluation de la douleur, la recherche d'allergies, le dépistage des troubles nutritionnels, le traitement actuel du patient, la réflexion bénéfice/risque.

Un projet de soins personnalisé est systématiquement initié pour tout nouveau patient en soins de suite et de rééducation, médecine et chirurgie intégrant l'analyse bénéfice/risque et l'évaluation initiale, ce que confirment les investigations patient traceur.

Les éléments constitutifs d'une démarche associant les différents professionnels de la prise en charge sont collectés et transcrits via le dossier patient informatisé. Le projet de soins intègre toutes les dimensions de la prise en charge associant les différents professionnels de santé (psychologue, diététicienne, assistante sociale, infirmiers (es) et médecins).

Des temps de transmissions réguliers permettent une coordination pluri professionnelle concernant la prise en charge des patients. Des staffs pluridisciplinaires sont en place dans les unités fonctionnelles. Le travail en équipe est encouragé.

Le risque suicidaire est pris en compte de par l'analyse médicale et paramédicale initiale et la mise en œuvre d'un dispositif de surveillance tracé. Des mesures de protection peuvent être mises en œuvre.

L'annonce du dommage lié aux soins est organisé et mis en œuvre incluant la formation des médecins.

Le Pôle santé Saint Jean organise et met en œuvre des actions d'éducation en santé à l'attention des patients concernant les pathologies liées au diabète ainsi qu'un programme de dépistage, de formation spécifique et de communication à l'attention de la population du territoire et des professionnels. Des supports d'information concernant le diabète et le traitement par anticoagulant sont remis aux patients le nécessitant.

Une organisation particulière concernant le parcours patient pour prothèse de hanche et prothèse de genou est définie et mise en œuvre dans le cadre de la récupération rapide après chirurgie (RRAC).

A cet effet l'accompagnement pédagogique et de conseils de retour à domicile à l'attention des patients se traduit sous forme de conseils thérapeutiques transmis aux patients dans le cadre de la chirurgie orthopédique et digestive. Le secteur de soins de suite et de ré adaptation élabore un « contrat de soins » associant le patient dans le cadre de sa participation active à la reprise de son autonomie.

Il existe également une organisation de la prise en charge de patients bénéficiant d'intervention digestives. Une infirmière stomathérapeute accompagne les patients dans la prise en charge de leur pathologie. Les apports pédagogiques théoriques et des pratiques de soins sont également dispensés aux infirmières libérales dans le cadre du retour à domicile des patients.

Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé systématiquement, intégré au dossier patient informatisé et fait l'objet d'interventions d'une diététicienne en cas de nécessité.

La continuité et la coordination de la prise en charge sont facilitées par l'organisation en amont de l'hospitalisation, des informations médicales et paramédicales mises à jour et tracées dans le dossier patient informatisé ou papier. La permanence des soins (gardes, astreintes) et les réponses en cas d'urgences vitales (présence, matériel, formations, disponibilités professionnelles) sont connues et mises en œuvre.

Le personnel est formé à l'accueil et à l'écoute du patient, à l'éducation, à l'utilisation du matériel d'urgence et de premier secours disponible dans tous les secteurs d'activité. L'organisation permet une capacité de réaction en cas d'imprévu et de recours à l'équipe.

L'interfaçage avec les secteurs logistiques (biologie, imagerie médicale, secteurs médico techniques) est organisé et opérationnel incluant la récupération possible des résultats via le dossier patient informatisé.

La filière de prise en charge neurologique ou cardiologique est coordonnée en terme de continuité de prise en charge entre le secteur des urgences et les établissements de santé d'aval du territoire de santé.

La sortie du patient est anticipée dès la programmation de l'hospitalisation. Il existe une organisation mise en œuvre concernant la prise en charge post partum via le réseau de ville des sages femmes, la PMI et également dans le cadre du programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO).

L'appel de la veille et du lendemain est mis en œuvre dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

La traçabilité de toutes les étapes de la prise en charge est réalisée dans le dossier patient et ainsi partagée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Diverses méthodes sont utilisées par le Pôle Santé Saint Jean afin d'évaluer le fonctionnement du processus : audits, évaluation des pratiques professionnelles (EPP), questionnaires de sortie, indicateurs nationaux, méthode patient traceur, chambre des erreurs. L'établissement recueille les indicateurs nationaux de la qualité et sécurité des soins ainsi que les indicateurs hôpital numérique.

Le suivi de la mise en œuvre des parcours patient est également assuré sur la base d'évaluations spécifique au regard des risques à criticité élevée (prise en charge des urgences vitales, risque de dénutrition, risque escarre,...). Des réunions de morbi mortalité sont mise en œuvre ainsi que les réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP). Les évènements indésirables liés au parcours patient (accueil, coordination des soins, urgences, fin de vie, risque suicidaire,) sont analysés et débouchent sur des actions d'améliorations.

L'établissement élabore un tableau d'indicateurs issus des évaluations diverses. Ceux-ci couvrant divers champs d'activité sont d'ordre quantitatif (évènements indésirables en lien avec le processus, nombre d'actions) ou qualitatifs (évaluation initiale et continue, complétude du projet de soins personnalisé, satisfaction du patient, dispositif d'action d'éducation en santé,...).

Les valeurs des indicateurs de la qualité et sécurité des soins (IQSS) sont exploitées et permettent l'identification de plan d'actions d'amélioration (troubles de l'état nutritionnel, délai d'envoi du courrier).

A / AGIR

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

Le Pôle Santé Saint Jean met en œuvre un dispositif d'amélioration basé sur l'analyse de ses risques, les résultats des indicateurs nationaux, diverses évaluations, les évaluations patients traceurs réalisées et l'analyse des évènements indésirables.

Plusieurs programmes d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sont mis en œuvre (pour exemple : soins et de préparation des opérés, prise en charge diététique,...).

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel ainsi qu'au compte qualité.

Quelques actions reconduites suite aux premiers résultats exprimés attestent de la recherche de la mesure de l'impact des actions. L'établissement sensibilise les professionnels dans le cadre de l'amélioration des indicateurs et communique sur ses résultats. Il existe un dispositif de communication interne via la gestion électronique documentaire permettant la mise à disposition des démarches et résultats.

Les représentants des usagers rencontrés sont informés des démarches et des résultats.

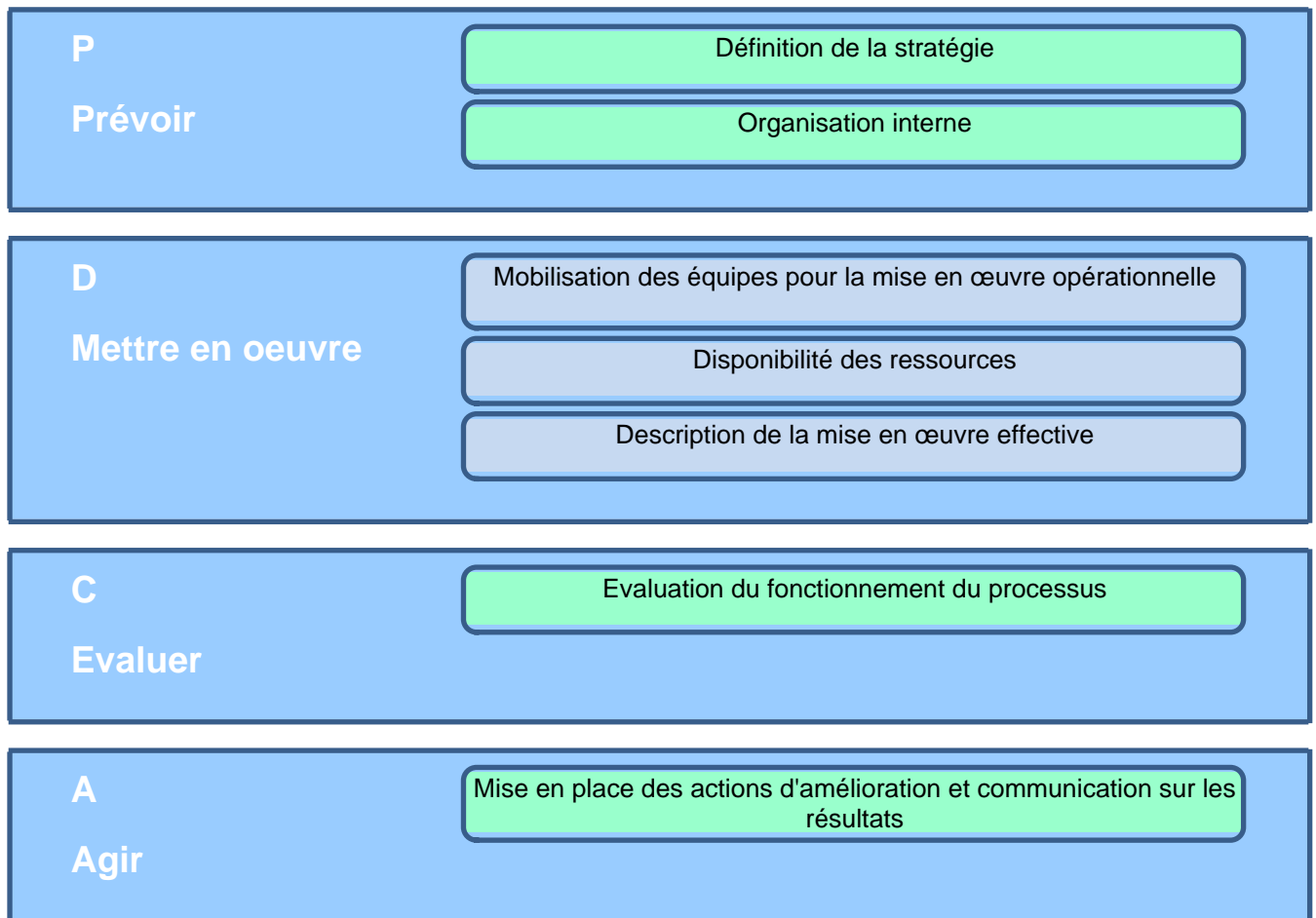
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Pole Santé Saint Jean (Polyclinique Saint-Jean et SSR Saint Jean) a élaboré des orientations stratégiques et des objectifs opérationnels sur la base de l'identification de ses missions relatives au dossier patient et à la réglementation en vigueur. Les axes stratégiques de la politique du dossier patient recouvrent : la maîtrise de l'exhaustivité du dossier patient, la sécurité des données, la maîtrise de l'accessibilité du dossier médical et l'unicité du dossier patient et son informatisation. Ces orientations sont décrites dans le projet du système d'information hospitalier (SIH) intégré au projet d'établissement 2017-2021 et complétées par la politique institutionnelle du dossier patient validée en commission médicale d'établissement (CME).

L'analyse et la hiérarchisation des risques ont été élaborées à partir des résultats de certification V2010, des événements indésirables et des plaintes et réclamations.

L'élaboration de la cartographie des risques a été effectuée par un groupe de travail pluridisciplinaire mis en place pour analyser toutes les étapes de la constitution du dossier patient et prendre en considération les enseignements tirés du déploiement de l'informatisation du dossier débutée en 2013 pour les secteurs de médecine chirurgie et obstétrique (MCO) et en 2016 en SSR.

Cette analyse de risques est révisée annuellement en comité des risques qualité (CORIS Qualité).

L'établissement s'est attaché au déploiement complet de l'informatisation dans les différents secteurs d'activité finalisée hormis en secteur interventionnel pour lequel une réflexion est en cours d'élaboration. La régulation du brancardage automatique (service de soins vers bloc) est elle aussi informatisée.

Le service des urgences dispose d'un dossier informatisé spécifique en interface pour les prescriptions et la synthèse dans le dossier patient informatisé de l'établissement. La Polyclinique est en phase de test concernant les prescriptions connectées avec le laboratoire.

Cette informatisation est considérée comme un facteur de sécurisation de la prise en charge du patient.

Le schéma directeur du système d'information intègre une sécurisation de l'accessibilité des données des professionnels ainsi que leur conservation.

La Polyclinique a également engagé des actions pour améliorer le taux de qualité de tenue des dossiers dont le recueil est initié depuis 2004 et pour respecter le délai réglementaire d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation.

L'établissement a formalisé des objectifs d'action en matière de dossier patient dans un plan d'actions intégré au plan d'amélioration de la qualité et sécurité de soins (PAQSS) institutionnel, soumis aux instances et diffusés aux professionnels. Pour chaque action, un responsable est désigné, une échéance est fixée ainsi qu'un indicateur de suivi est déterminé.

Il existe une articulation entre le PAQSS et le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus dossier patient est dévolu à la directrice générale, à la directrice des soins infirmiers, directrice qualité, directeur informatique, au médecin DIM et à la cadre sage-femme. Les rôles et responsabilités des pilotes de cette thématique sont identifiées dans une fiche de mission.

Les pilotes ont mis en place quatre groupes de travail pluridisciplinaire en fonction des spécialités médicales avec une supervision assurée par la direction des services de soins infirmiers (DSSI).

Le suivi de la mise en œuvre de l'informatisation médicale, de la validation des évolutions des logiciels et de l'octroi des autorisations d'accès sont pilotés par la CME ainsi que par le groupe de travail en collaboration étroite avec la direction des systèmes d'information.

Le médecin DIM est désigné responsable du traitement des demandes de communication des dossiers médicaux aux patients ou à leurs ayants-droits.

Les règles de gestion du dossier patient font l'objet de plusieurs procédures qui s'adressent aux administratifs, aux soignants et au corps médical et sont accessibles via la gestion documentaire. Elles couvrent toutes les étapes de gestion du dossier, de la création à l'arrivée du patient jusqu'à l'archivage des données après sa sortie.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes sont définies. En effet, les praticiens libéraux (médecins gynécologues) communiquent les informations médicales à distance dans le dossier patient informatisé.

Les praticiens disposent d'un accès web à distance leur permettant l'accès aux données du patient.

La maintenance et la sécurisation du système est gérée par le service informatique de l'établissement composé de trois informaticiens et d'un stagiaire.

Les modalités de communication du dossier patient aux demandeurs habilités sont expliquées dans le livret d'accueil, sur les panneaux d'affichage des services de soins et sur le site internet de l'établissement.

Les circuits et interfaces sont définis dans les procédures. Ils concernent également la communication avec les correspondants externes, la messagerie utilisée est sécurisée au sens réglementaire.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le programme d'actions institutionnel (PAQSS) est décliné sur le plan opérationnel dans chaque service de l'établissement qui se fixe ses objectifs pour l'année en cours.

La politique du dossier patient est diffusée aux professionnels via la gestion documentaire. Les cadres de santé sont les relais de cette politique et du plan d'actions associé auprès des professionnels.

La communauté médicale est mobilisée par la CME sur les enjeux du dossier patient.

Les professionnels sont régulièrement sensibilisés par leur hiérarchie sur les objectifs de leur secteur lors des réunions d'équipe tous les deux mois. De plus, des référents dossier sont nommés dans chaque secteur d'activité avec pour rôle essentiel en phase de déploiement, le recensement des besoins des professionnels et en phase actuelle d'utilisation, la médiation d'informations ascendantes et descendantes.

Ils participent au dispositif de déclaration des événements indésirables comme déclarants mais aussi comme professionnels consultés pour la mise en œuvre d'actions correctives.

Le groupe de pilotage du processus, en lien avec le service qualité, s'assure de l'efficacité de la mise en œuvre du plan d'action en suivant l'évolution des indicateurs de qualité de la tenue du dossier patient à fréquence mensuelle ainsi que le respect des délais de transmission du courrier de sortie et du dossier patient.

L'établissement a mis en place un audit mensuel de dix dossiers patients dans chaque service de soins.

La communication sur les résultats obtenus est réalisée par l'encadrement des soins auprès des professionnels via les réunions de service, la CSSI (Commission du service des soins infirmiers) ou le dossier partagé accessible à chaque soignant et par la CME auprès des praticiens.

Les résultats des indicateurs sont analysés mensuellement (taux de conformité de la qualité de tenue des dossiers patients sur l'ensemble des secteurs d'activité) ou annuellement et des actions correctives peuvent être programmées et alimentées le plan d'actions général.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel est formé à l'utilisation du dossier patient informatisé. Des actions de formation externes ont été réalisées lors du déploiement du logiciel et sont actuellement poursuivies en interne par les référents dossier affectés aux services de soins.

Lors des mises à jour, les cadres de santé accompagnés par la Directrice des soins forment les professionnels y compris les nouveaux arrivants. De plus, des ateliers d'écriture professionnelle pilotés par la Directrice des soins infirmiers sont organisés tous les deux mois et destinés à l'entièreté des équipes de soins.

Les soignants sont également intégrés aux réalisations d'audits mensuels.

Ces formations concernent tant l'utilisation des logiciels que la mise en œuvre de la procédure dégradée en cas de panne et celle de reprise d'activité. Lors de chaque mise à jour, des simulations brèves de panne sont organisées. Une procédure de fonctionnement dégradé et de reprise d'activité est en place. Un dispositif de sauvegarde des données est opérationnel.

Les procédures d'utilisation des éléments du dossier sont mises à disposition des professionnels administratifs ou soignants via la gestion documentaire.

Elles couvrent tout le circuit du dossier, de la création à son archivage.

Chaque service dispose de postes informatiques fixes installés dans les bureaux infirmiers, bureaux des médecins et cadres et des ordinateurs portables installés sur des chariots spécifiques pour les visites et soins en chambre, en liaison wifi pour l'exploitation et la mise à jour des données du dossier. Les rencontres terrain ont permis de constater que les différentes procédures étaient connues des professionnels.

Ces matériels sont régulièrement renouvelés. Le dossier-patient repose sur l'utilisation de deux logiciels (pour la partie médicale et soignante et pour la partie administrative).

L'accès au dossier informatisé est sécurisé par l'attribution à chaque professionnel d'un code d'accès personnalisé et limité à son champ de compétences et aux patients de son service. Le listing de ces codes est mis à jour en continu en fonction des mouvements de personnel (entrée, sortie, mutation) par le service DSI.

Les locaux sont adaptés, conformes et sécurisés par un digicode (offices infirmiers).

Les archives sont externalisées pour les dossiers datant de plus de deux ans et conservées dans un local interne sécurisé vis-à-vis des intrusions et risque incendie pour les dossiers plus récents. La secrétaire de l'information médicale (TIM) est missionnée pour gérer les demandes d'accès au dossier et pour se mettre en relation avec le prestataire extérieur dont le délai de réponse est de 48 heures maximum.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Un dossier patient peut être généré soit au service des urgences, soit au service de maternité ou au sein du service de Soins de suite et réadaptation (SSR).

En cas d'hospitalisation programmée, un dossier de préadmission est ouvert lors de la décision d'hospitalisation en consultation, la partie administrative du dossier patient est éventuellement complétée

ensuite lors de l'arrivée du patient en sa présence ou celle de son entourage au bureau des admissions. Le patient est ensuite dirigé vers son service d'hospitalisation permettant de compléter la partie médicale et soignante du dossier.

Au moment de l'hospitalisation, le service a la possibilité de se procurer le dossier patient archivé suite aux éventuelles hospitalisations précédentes auprès du service DIM.

Pendant l'hospitalisation, les médecins, soignants et paramédicaux enrichissent le dossier informatisé des données de prise en charge (actes de soins, prescriptions). Les professionnels rencontrés connaissent les règles d'utilisation du dossier patient ainsi que les documents devant restés en format papier.

Les autres documents relatifs au patient (examens radiologiques, document d'admission reprenant la confidentialité, le consentement éclairé ou tout autre compte-rendu en provenance de sources externes) sont conservés sous forme papier et insérés dans un classeur qui est conservé dans l'office infirmier sécurisé.

La communication avec les correspondants externes s'établit à la sortie sur la base de compte-rendus d'hospitalisation, ordonnances de sortie (check-list de sortie selon les spécialités médicales) et en cas de transfert sur la base de fiches de liaison et du courrier de transfert à destination des structures d'aval.

En interne, la communication entre les services est effective via les fiches de liaison (bloc/SSPI/Chirurgie).

A la sortie du patient, les données papier sont archivées selon une check-list d'archivage et transmis au service des archives.

Les règles de confidentialité des informations sont respectées. Les délais de transmission du dossier sont conformes à la réglementation et la traçabilité des éléments constitutifs du dossier est réalisée ce qui est confirmé par les investigations patients-traceurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement produit les indicateurs nationaux IQSS en matière de dossier patient ainsi que ses propres indicateurs au regard des actions inscrites au PAQSS et au compte qualité.

On observe une amélioration du résultat de ces indicateurs : tenue du dossier sur les deux sites (polyclinique et SSR), dépistage des troubles nutritionnels, taux d'accès au dossier par le patient ou ses ayants-droits dans les délais impartis. L'ensemble de ces indicateurs dépassent l'objectif national de 80%. L'établissement recueille les indicateurs Hôpital numérique avec une atteinte des cibles à hauteur de 100%. Des quiz-audits concernant le dossier patient informatisé sont réalisés en maternité. Dans l'ensemble des secteurs d'activité, des audits mensuels sur le dossier patient sont effectués. La Polyclinique Saint-Jean réalise un bilan annuel sur les délais de transmission des dossiers aux patients demandeurs.

A / AGIR

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

L'exploitation des résultats des indicateurs permet à l'établissement d'ajuster sa politique, d'adapter et d'enrichir son plan d'action institutionnel en lien avec la CDU.

Les résultats sont communiqués aux professionnels via les réunions de service et la consultation du dossier partagé.

Ces résultats sont communiqués aux usagers lors des CDU.

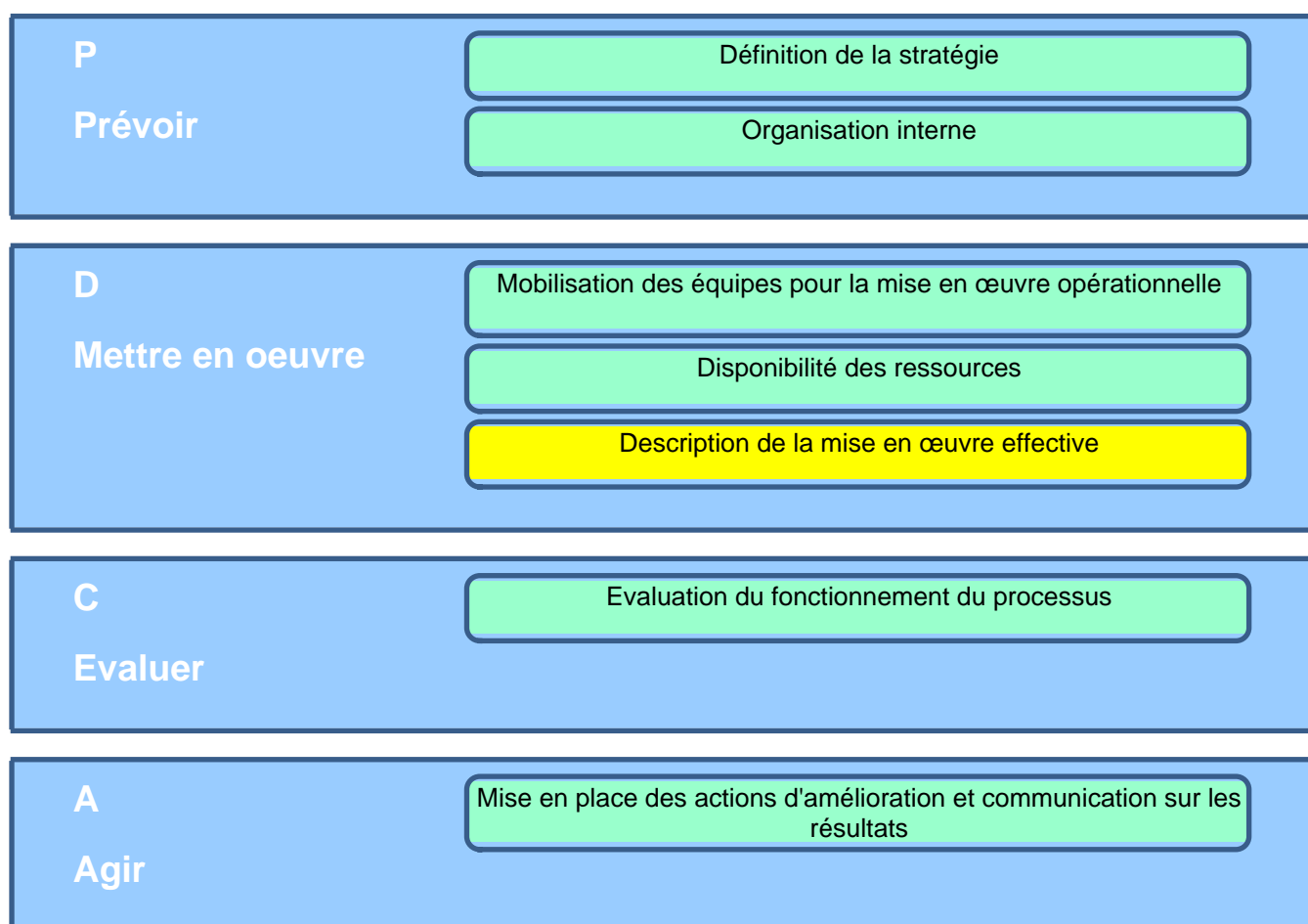
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est décrite dans le Projet d'Établissement 2017-2021, dans le CBUM 2017 et dans le document CAQES 2018. Une attention particulière est portée sur la prise en charge de la personne âgée et des enfants.

Cette stratégie est en adéquation avec la politique globale qualité et sécurité des soins qui comprend également un axe sur la sécurité de cette prise en charge.

Pour élaborer son programme d'actions de la prise en charge médicamenteuse, l'établissement identifie ses besoins sur la base de l'évaluation dans l'engagement du contrat de bon usage, des comptes-rendus des visites d'inspection, des visites de certification ainsi que des analyses de risques, des événements indésirables et des bilans des retours d'expérience. Les risques ont été identifiés par une méthodologie pluri-professionnelle, hiérarchisés et analysés autour d'un axe central (défaut d'évaluation médicale initiale et de traçabilité des prescriptions, défaut de sécurité d'administration et de signalements de pharmaco-vigilances) ensuite autour des secteurs d'activités SSR, Urgences, Secteur de naissances, Chimiothérapie, Chirurgie et Médecine (entre autres sur la gestion du traitement personnel, les informations données sur le traitement médical et le suivi médical du traitement médicamenteux). L'établissement a également identifié ses médicaments et ses populations à risque. La cartographie des risques et le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse sont élaborés.

Le programme de la prise en charge médicamenteuse prend en compte les objectifs institutionnels et les objectifs spécifiques du projet du secteur pharmacie. Il est décliné dans un plan d'actions comprenant des objectifs, des actions, un ou des pilotes, des délais et des indicateurs. Les résultats des audits, de l'analyse des événements indésirables liés au médicament permettent également d'identifier des actions d'amélioration formalisées dans le plan d'action. Le programme est présenté aux instances (COMEDIMS, CME, CORIS).

Les risques répertoriés dans le Compte qualité couvrent la totalité du processus et sont ventilés dans le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Le pharmacien responsable de pharmacie à usage intérieur (PUI) assure le pilotage interne de la démarche, s'appuie sur le COMEDIMS en place et des professionnels référents identifiés en relais dans chaque secteur de soins.

Les rôles et responsabilités de chacun sont identifiés dans les fiches de poste. Le COMEDIMS assure ses missions conformément à son règlement intérieur.

Les ressources humaines nécessaires sont prévues en nombre et en compétence. Le plan de formation témoigne de formations adaptées à ce secteur. La formation et l'accompagnement de nouveaux arrivants sont planifiés.

Un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse est élaboré et validé. Il décrit le système de management de la qualité, prévoit les ressources, décrit la réalisation de la prise en charge médicamenteuse et prévoit les risques associés. Il s'appuie sur l'ensemble des procédures existantes en rapport avec ce processus.

La continuité du traitement médicamenteux y compris la prise en compte du traitement personnel du patient est formalisée. L'ensemble des étapes de fonctionnement de l'unité de reconstitution des cytostatiques est formalisé. Il existe un plan de maintenance, des travaux et d'achats.

L'informatisation du circuit du médicament est effective sur la base d'un module intégré dans le dossier informatisé et sur la base de logiciels spécifiques à certaines prescriptions (chimiothérapie, gestion des DMI avec le bloc opératoire). L'administration du médicament et sa traçabilité en mode dégradé sont organisées.

La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre le service pharmacie, les secteurs d'activité, médico-techniques, logistiques et l'encadrement de l'établissement.

Un avis pharmaceutique est associé sur les prescriptions.

Un GCS est constitué avec le SSR Saint Jean. La PUI assure la dispensation du Centre de Vaccination Internationale et une activité de rétrocession.

Néanmoins, les modalités définies pour assurer la dispensation en dehors des heures d'ouverture de la PUI ne sont pas totalement sécurisées. En effet, la permanence pharmaceutique est assurée par un système d'astreinte des préparateurs de pharmacie. Le protocole de l'établissement "Commande urgente de médicaments et/ou DM en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie" permet l'accès à la PUI pour la délivrance du médicament par un préparateur en pharmacie d'astreinte. Cela n'est pas conforme à l'article L5126-5 du Code de la santé publique selon lequel tout acte de dispensation (entre autres) doit être assuré par le pharmacien personnellement ou bien par un professionnel habilité mais sous l'autorité du pharmacien.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le pharmacien, pilote du processus, manage, en collaboration avec l'ensemble des pharmaciens (si nécessaire en demandant le renfort du Pôle d'Antibes) et des préparateurs, les actions du projet de secteur. Le pharmacien participe aux réunions institutionnelles, à celles avec l'encadrement et aux groupes de travail.

Compte tenu des risques et besoins le pharmacien organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.

Cette déclinaison repose sur une concertation et l'établissement favorise l'implication des équipes, nomment par des informations régulières. Des professionnels de terrain sont également impliqués dans les EPP, CREX et RMM. La culture de signalement des erreurs médicamenteuses est déployée.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des compétences est effective tant au sein du secteur pharmacie que des secteurs médicaux et médico-techniques. L'équipe de pharmacie est composée actuellement de deux pharmaciens et des préparateurs. Dans l'unité de reconstitution des cyto toxiques, deux préparateurs et un pharmacien assurent la préparation et la délivrance sécurisées.

Les formations sont effectives à l'utilisation de l'outil informatique pour la prescription. L'ensemble des prescripteurs a été formé à la prescription structurée du dossier patient informatisé.

Les procédures définissant le circuit du médicament dans ses différentes étapes et les différentes prises en charge sont disponibles grâce au développement de la gestion documentaire informatisée dans tous les services.

Une zone de livraison est à proximité. Un local est réservé à la gestion de rétrocession. Les locaux sont sécurisés par code.

Les locaux de reconstitution des préparations de chimiothérapie permettent une marche en avant effective avec sas d'habillage et zone de préparation protégée.

L'ensemble des salles de soins a été équipée d'un dispositif d'accès sécurisé. Les chariots des infirmiers(res) sont sécurisés également, des armoires avec code accès regroupent les médicaments à domicile des patients, le stockage est nominatif.

Une attention particulière est portée sur les médicaments à risque. Chaque unité dispose également d'un coffre à stupéfiants, d'un chariot d'urgence et un frigo exclusivement destiné aux médicaments thermosensibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'évaluation initiale de l'état de santé et la prise en compte de traitement habituel des patient est organisée. La prescription anticipée est possible, et dans ce cas la prescription rentre en vigueur au moment de l'admission du patient. Le déploiement de la conciliation médicamenteuse est débuté, plus particulièrement en rétrocession.

Les secteurs cliniques sont informatisés sur la prescription et l'administration médicamenteuse à l'exception du bloc opératoire.

L'analyse pharmaceutique du traitement complet incluant le traitement personnel est réalisée sur 100% des prescriptions sur toutes les unités de soins informatisées.

Néanmoins, les règles d'administration des médicaments et leurs traçabilités ne sont pas systématiquement assurées. La procédure « Circuit médicament » décrit en détail la dispensation et l'administration des médicaments mais la mise en œuvre dans les services (même constat dans le service de Médecine et en USC –Service de Chirurgie) porte le risque d'erreur d'administration : les bacs dans le chariot de l'IDE sont identifiés par le numéro de chambre et du lit, avec une étiquette posée mais non collée au fond ; les bacs contiennent tous les médicaments prévus pour 3 jours, comprimés et injectables mélangés, les médicaments non utilisés après changement de prescription n'étant pas enlevés immédiatement ; d'autres médicaments sont stockés dans le même chariot, à part, sans identification nominative. Cette pratique induit un risque d'erreur d'identité.

La surveillance et la traçabilité des frigos pour médicaments thermosensibles est assurée dans plusieurs service (Médecine, USC-Chirurgie, SSR, Maternité, Endoscopie) par une surveillance de température hebdomadaire. Pendant la visite l'établissement présente la modification du protocole concerné et une commande budgétée des thermomètres.

Les patients reçoivent des informations sur leur traitement en rétrocession, sur les anticoagulants et une attention particulière est portée sur la médication des enfants.

L'ordonnance de sortie est réalisée à partir du support unique de prescription informatisé et remise aux patients à la sortie.

Plusieurs modalités de délivrance coexistent. Il existe une délivrance individuelle nominative et une

délivrance globale en renouvellement d'une dotation.

Les bonnes pratiques de préparation sont connues et appliquées pour les anticancéreux. Les chimiothérapies sont dispensées par le personnel de l'URC. L'administration est réalisée par le Service de Médecine et par le secteur d'hospitalisation de jour d'oncologie. Le traitement des déchets de cette activité est organisé et opérationnel. Les instances (COMEDIMS, CORIS, Groupe Pharmacie) sont en place, les comptes rendus des réunions sont formalisés et accessibles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés, les indicateurs utilisés sont qualitatifs et quantitatifs, entre autres concernant la pertinence des prescriptions pour la personne âgée, la sécurité de la prise en charge médicamenteuse, la pertinence de prescription des antalgiques, le calculs des doses, la pharmacovigilance-REMEDI et traitement médical à la sortie.

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés y compris pour les événements graves ou significatifs examinés en comité de retour d'expérience.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Ces actions permettent de prendre en compte les résultats d'audits et le suivi des risques a priori.

Les résultats des indicateurs sont communiqués aux professionnels selon des modalités définies : commission des soins, groupe pharmacie, CME.

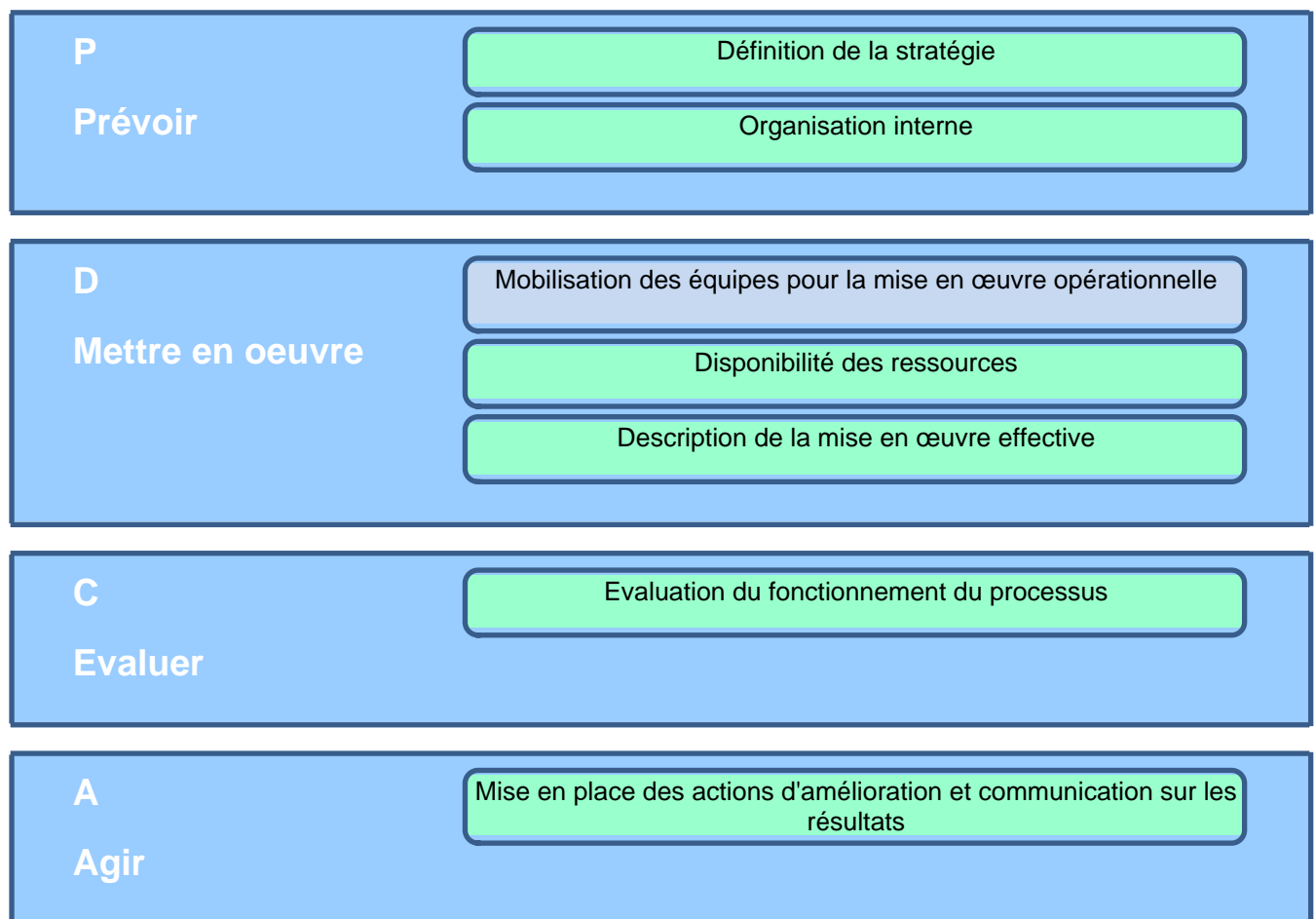
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Polyclinique Saint-Jean a formalisé sa politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés dans son projet d'établissement 2017-2021.

Elle dispose d'une filière unique généraliste pour toutes pathologies incluant les urgences pédiatriques. Le service principal est réparti en trois secteurs d'activité : un box dédié à l'urgence vitale, un secteur d'accueil composé de six boîtes de prise en charge dont trois dédiés à la médecine et trois autres affectés aux urgences orthopédiques et un secteur d'hospitalisation de courte durée (UHCD) composé de cinq lits .

Les pathologies cardiaques urgentes non prises en charge par l'établissement sont réorientées vers le Centre Hospitalier Universitaire de Nice, le Centre Hospitalier d'Antibes et l'Institut Arnault Tzanck avec lesquels la Polyclinique est conventionné depuis 2001.

Pour les urgences pédiatriques, la Polyclinique travaille en partenariat avec la Fondation Lenval au travers d'une convention formalisée depuis 2001.

L'établissement procède à l'analyse de ses risques par une approche processus prenant en compte les différentes pathologies accueillies et circuits de prise en charge (circuit court, circuit ultra-court, circuit couché, ortho, réorientation ...).

Les risques sont priorisés selon une méthodologie définie intégrant les mesures d'atténuation et des actions d'améliorations. Celles-ci sont intégrées au PAQSS institutionnel. Le Compte-qualité est alimenté sur la base des risques principaux dont six ont été identifiés.

ORGANISATION INTERNE

Les principes de fonctionnement du service des urgences sont définis avec une identification des circuits selon le degré d'urgence et la typologie des patients.

L'établissement a déterminé un pilotage institutionnel avec une formalisation des champs de responsabilité dévolus aux pilotes que sont le Président du Conseil d'Administration et le Directeur Administratif et financier.

Une tenue annuelle d'une revue de direction composée par le Président du Conseil d'Administration, Directeur médical, Directeur administratif et financier, Médecin Coordonnateur, Directrice des soins infirmiers, Directrice qualité et IDE Surveillante du service, permet de vérifier l'adéquation de la stratégie, de réaliser un bilan d'activité ainsi que le suivi des actions engagées.

Le rôle des professionnels impliqués est défini au travers des fiches de poste : Médecin coordonnateur, Médecins urgentistes, Cadre des urgences, Infirmier(e)s, Infirmier(e)s d'accueil et d'orientation (IOA), Aide-soignant(e)s, ASH. Le recours aux avis spécialisés permettant de répondre aux besoins des patients est organisé. Il existe une organisation permettant la connaissance des lits disponibles en temps réel et en prévisionnel, de jour comme de nuit via le dossier patient informatisé.

Les ressources humaines, documentaires et matérielles sont définies pour répondre aux besoins.

Les formations nécessaires sont intégrées au plan annuel de formation.

La documentation est gérée selon le dispositif institutionnel.

Les équipements et locaux font l'objet de plans de maintenance.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et autres secteurs d'activité.

La communication au sein du service est assurée par des réunions de service.

La communication concernant l'organisation est réalisée auprès des acteurs du territoire de santé avec une attention particulière portée aux activités des établissements de territoire et inscrivant l'établissement dans la construction d'un nouveau service.

Le recueil des événements indésirables est organisé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du service des urgences organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques.

L'implication des équipes est effective, tant sur le plan de l'analyse des risques que sur celui de la mise en place des mesures préconisées à partir des actions d'améliorations définies. Les professionnels rencontrés expriment leur implication dans la démarche d'analyse des risques et leur connaissance des objectifs d'amélioration.

Les dysfonctionnements font l'objet de rédactions de fiches d'événements indésirables pour lesquels l'analyse des causes profondes est produite en équipe.

Les professionnels sont associés à diverses évaluations ayant pour objet l'amélioration de la prise en charge des patients (prise en charge de la douleur, prise en charge en cas de suspicion d'une méningite bactérienne ...). Les équipes sont engagées dans la démarche d'EPP dont la thématique porte sur l'amélioration de la prise en charge de la douleur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles et présentes en fonction des besoins analysés dans le service. Les tableaux de service sont diffusés.

La formation des personnels infirmiers à l'accueil et l'orientation des patients (IOA) est effectuée pour tous les professionnels. L'intégration des nouveaux arrivants est mise en œuvre via un dispositif d'encadrement structuré et d'évaluation des compétences.

La présence médicale est assurée par deux urgentistes en journée et un urgentiste à partir de 22 heures.

Le recours aux avis spécialisés est facilité par la disponibilité sur site de nombreuses spécialités et des plateaux techniques d'imagerie et de biologie à proximité.

Les secteurs de prise en charge (boxs, secteur UHCD) sont équipés en matériel permettant la réalisation des soins d'urgence et la surveillance clinique.

Les ressources matérielles adultes et pédiatriques sont en place incluant un dispositif de gestion en cas de panne ou de dysfonctionnement matériel.

La disponibilité des lits de l'établissement est recueillie et connue des utilisateurs.

La base documentaire est accessible à partir du dossier-patient informatisé (fiches-réflexes constituant les protocoles médicaux) ou du logiciel qualité.

Le dossier patient du service des urgences est informatisé permettant la traçabilité en temps réel des actes (soins, thérapeutiques) tout au long du circuit de prise en charge.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité des urgences met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne.

L'accueil par l'IOA est réalisé à partir d'une échelle de tri (CIMU) qui détermine les niveaux de prise en charge allant de « l'urgence ressentie » à « l'urgence vitale absolue » assortis d'un délai d'intervention du médecin.

La permanence des soins est assurée. Un tableau, accessible à tous, permet d'identifier les professionnels en garde ou astreinte, ainsi que les moyens de les joindre pour l'ensemble des activités de l'établissement.

Une planification informatisée trace l'ordre de prise en charge médicale et soignante ainsi que les délais d'attente. Le suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence est en place et permet de les connaître en temps réel.

Un document intitulé « Livret d'accueil du service des urgences » est remis au patient et le renseigne sur les modalités de prise en charge. Des flyers d'informations (douleur, colique néphrétique, violences conjugales) et le règlement intérieur du service sont à disposition des patients.

Le service est accessible pour les personnes à mobilité réduite.

Les interfaces sont opérationnelles, aussi bien pour l'imagerie médicale ou la biologie pour l'obtention d'examens complémentaires, que pour le recours aux services d'hospitalisation en interne ou les transferts externalisés.

Les éléments tracés de la prise en charge aux urgences sont in fine consignés dans le dossier du patient et transmis aux services d'hospitalisation interne en format papier et informatique.

La continuité et la coordination des soins et de la prise en charge est effective.

La mise en place des circuits patients (urgence vitale, patients couchés...) et logistique (circuit du linge, matériel, déchets, approvisionnements pharmaceutiques) est effective.

Par ailleurs, la configuration architecturale des locaux en UHCD ne permettant pas de garantir le respect de l'intimité et de la confidentialité, les professionnels ont mis en place des dispositifs alternatifs (l'utilisation de rideaux entre les lits, examen clinique réalisé dans les boxs ...).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement par les pilotes du processus.

Le service des urgences a élaboré des évaluations diverses concernant les pratiques professionnelles et organisationnelles.

Un audit des temps de passage et de prise en charge est mené en continu.

Une EPP est réalisée portant sur la prise en charge de la douleur.

Deux évaluations selon la méthode du patient traceur ont été réalisées (plaie de la main, ambulatoire).

Des enquêtes téléphoniques du lendemain réalisées par le secrétariat permettent de recueillir le niveau de satisfaction du patient et de connaître son état clinique.

Une enquête bientraitance est remise au décours de la prise en charge.

Le service suit l'évolution d'indicateurs d'activité (nombre de passages, typologie de pathologies dont le

pourcentage de l'orthopédie, délais de prise en charge en radiologie..) condensés dans un tableau de bord d'indicateurs de performance.

A / AGIR

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

Le plan de réduction des risques a produit des modifications de pratiques (prise en charge médicale sans tenir compte de l'affectation initiale des patients réalisée par le tri d'urgence en cas de pics d'activité, affectation à l'essai d'une IDE en UHCD ou l'ajustement de protocoles de prise en charge (douleur)) .

Des actions d'amélioration faisant suite aux analyses des patients traceurs sont engagées.

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires.

Les actions et évaluations mises en œuvre sont intégrées au programme d'actions institutionnel.

Les résultats sont communiqués aux professionnels et usagers via les instances, les réunions de service, dossier partagé interne ou par affichage.

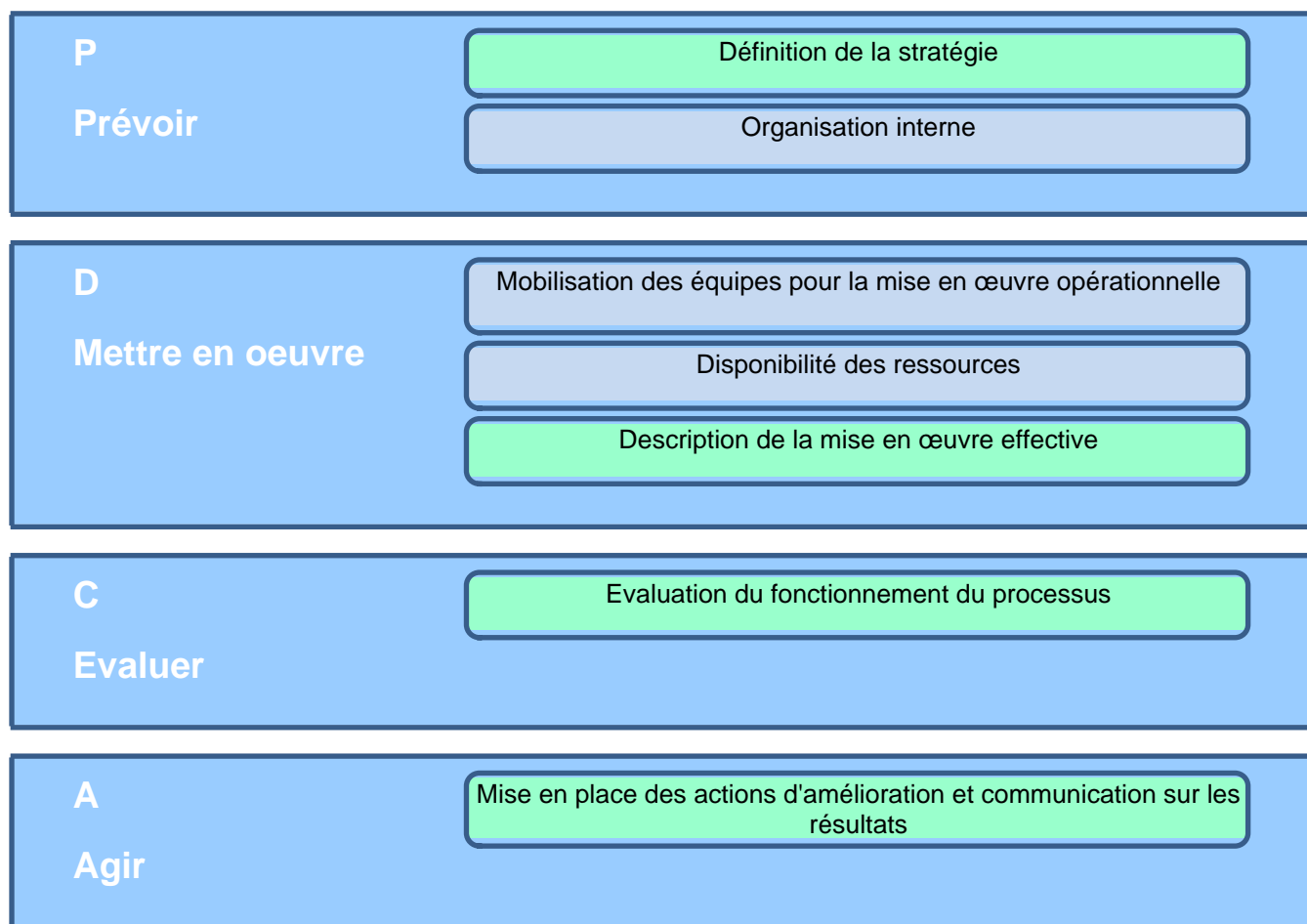
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

La Polyclinique Saint Jean sise à Cagnes sur Mer dispose de plusieurs secteurs interventionnels :

- Le bloc central composé de 11 salles dont une dédiée à la lithotritie,
- Le bloc dédié à la chirurgie gynécologique de trois salles et comportant une salle de césarienne d'urgence,
- Le bloc dédié aux spécialités d'ophtalmologie, ORL et chirurgie esthétique composé de trois salles.

Chaque bloc dispose d'une salle de surveillance post interventionnelle dédiée et en nombre de postes répondant aux besoins de la surveillance post opératoire.

L'établissement a organisé sa politique de gestion des blocs opératoires. Celle-ci s'inscrit dans une stratégie d'organisation des secteurs interventionnels de par la répartition des activités.

Une charte de bloc opératoire est actuellement formalisée et décrit l'organisation et le fonctionnement des secteurs interventionnels ainsi que l'articulation avec les salles de surveillance post interventionnelle (SSPI).

L'établissement organise la supervision des organisations des blocs au sein d'une charte de bloc institutionnelle favorisant la lisibilité et la supervision globale des organisations.

Les missions, responsabilités et fonctionnement sont définies et validées par la direction générale, la présidence de la commission médicale d'établissement et la présidence du conseil de bloc.

Il existe deux unités de chirurgie ambulatoire (UCA) identifiées et dédiées selon les activités chirurgicales alliant les concepts actuels de prise en charge des patients (marche en avant, circuits courts, récupération rapide après chirurgie).

L'organisation des unités de chirurgie ambulatoire fait l'objet d'un règlement intérieur précisant leurs organisations, les règles de coordination et de continuité des soins.

L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau des différents secteurs interventionnels, des SSPI et des UCA par une approche d'analyse parcours patient en vue d'établir une cartographie des risques et les plans d'actions afférents. L'établissement a organisé une analyse de risques à priori rassemblant des professionnels des différents secteurs interventionnels. Le travail élaboré selon les parcours et filières des patients a permis la mise en commun des démarches.

L'analyse des risques porte sur les processus (management, support, interventionnels), sur les prises en charge spécifiques des enfants et des différents circuits (programmés ou non programmés, chirurgie ambulatoire, hospitalisation complète). Une analyse des risques spécifiques aux activités chirurgicales des secteurs ambulatoire est réalisée.

L'établissement utilise diverses sources de données (risques à priori et à posteriori, auto évaluation, analyses patients traceurs) en vue d'établir ses plans d'actions.

Une cartographie spécifique des risques en secteur interventionnel est formalisée intégrant l'évaluation du niveau de criticité et d'analyse du niveau de maîtrise selon une méthodologie définie. Des objectifs de traitement et/ou d'atténuation des risques sont identifiés.

L'établissement mobilise ses analyses de risques en terme d'objectifs d'amélioration et d'actions intégrées au plan d'amélioration de la qualité institutionnel (PAQSS) et versées au compte qualité pour les risques prioritaires retenus par le groupe de travail.

Les risques à postériori (événements indésirables) font l'objet d'une organisation formalisée concernant la déclaration informatisée. Le retour d'information et d'expérience est défini, institué et communiqué.

L'établissement élabore un plan d'actions priorisé et décliné en mode projet (pilote, échéance) associant les différents professionnels. Le suivi est défini et organisé incluant les retours d'informations aux professionnels de santé et aux instances. Le compte qualité est alimenté, suivi par les pilotes et coordonné par la direction qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement est doté d'un conseil de bloc composé des représentations des spécialités chirurgicales, médecins anesthésistes, encadrement et équipes soignantes.

Le conseil a pour mission de valider les règles de fonctionnement et de veiller à l'organisation des activités chirurgicales (planification, permanence des soins, gestion des ressources).

Le pilotage des secteurs interventionnels est organisé et confié à l'encadrement qui supervise avec les médecins anesthésistes l'organisation générale des secteurs interventionnels au regard des besoins et des ressources. L'organisation est formalisée et tracée.

La programmation et la régulation des activités chirurgicales est définie, formalisée et prévoit pour tous les secteurs interventionnels une lecture informatique des interventions via un logiciel dédié. Le système d'information interfacé avec le système d'information hospitalier (SIH) permet pour les unités fonctionnelles la lisibilité du plan de charge des activités prévues et en cours. La validation des programmes opératoire est soumise à la validation de la direction générale.

L'organisation des blocs prévoit les ajustements en cas de dysfonctionnement ou de prise en charge des

urgences, des besoins en ressources matérielles (disponibilité, fonctionnalité) et ressources humaines (disponibilité, compétences).

L'organisation des unités de chirurgie ambulatoire (UCA) est définie par un règlement intérieur et prévoit dans leurs organisations, les dispositions nécessaires à la planification des patients (préparation, heures de convocations, consignes pré opératoires, SMS ou appel de la veille), au transfert en bloc opératoire et au retour à domicile (prévisions des soins post opératoires, prescriptions de sortie, consignes de sécurité de retour à domicile). L'appel du lendemain est défini. Le suivi post opératoire prend en compte le risque de ré hospitalisation.

La formation des professionnels et des nouveaux arrivants est organisée. Des actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement (erreurs médicamenteuses, événements indésirables, radio protection, analyse des risques, formations diplômantes métiers).

L'établissement organise également la formation intra pour les professionnels de santé, portée sur des thématiques transversales (gestion des risques, risque transfusionnel, risque infectieux) et formations métiers (VAE Ibode).

La matériovigilance en terme de déclaration est organisée ainsi que les maintenances préventives et curatives incluant la gestion des pannes. Les circuits de déclarations sont définis, le suivi des actions de maintenance facilite la visibilité des opérations et de la disponibilité des matériels.

La gestion des événements indésirables est définie incluant l'analyse des causes profondes via des réunions de morbidité mortalité (RMM) versus chirurgie et anesthésie. Des retours d'expérience sont régulièrement organisés incluant la diffusion des résultats via les instances.

Les interfaces entre les blocs opératoires et les services cliniques et médico-techniques sont organisées. Le dossier patient informatisé facilite la lecture et la transmission des informations (médicales, paramédicales, imagerie et biologie).

L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé et au format papier (dossier spécifique des activités per opératoire, dossier anesthésie). Son organisation est définie et précise les attendus et modalités d'enregistrement des informations au cours du séjour patient.

Des documents de liaison informatisés et au format papier permettent l'enregistrement et la communication des informations utiles à la prise en charge des patients entre les secteurs d'activité (bloc/SSPI/services de soins, UCA, service des urgences).

La gestion des flux logistique est définie (déchets d'activité à risque infectieux, anatomie pathologique, stérilisation).

Les flux patient sont organisés via un système d'appel informatisé patient.

La gestion documentaire d'appui en terme de références des pratiques professionnelles (procédures, protocoles) est organisée et accessible via le logiciel de gestion documentaire informatisé pour tous les professionnels. Le bloc opératoire a élaboré un manuel qualité descriptif de ses activités et attendus organisationnels.

La coordination des professionnels est définie incluant la permanence médicale et paramédicale.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'encadrement des blocs opératoires en association des chirurgiens et médecins anesthésistes, organise la déclinaison de la démarche institutionnelle.

Les analyses de risques a priori et a posteriori sont engagées. La direction qualité en appui de deux ingénieurs qualité et d'un médecin coordinateur des instances organise la transmission des informations relatives aux analyses de risques et de l'organisation des secteurs d'activité.

Le groupe de travail spécifiquement dédié aux blocs opératoires a réalisé une analyse des parcours patients selon différentes filières (ambulatoire, hospitalisation, urgences) de type chemin clinique.

La participation des professionnels est encouragée notamment par l'échange des informations via des actions de communications régulières (communication des indicateurs d'activités, staff hebdomadaire de service, formation en gestion des risques, autodiagnostic V2014, analyses des risques a priori et a posteriori).

Les résultats des démarches sont compilés représentant la globalité des analyses et travaux de réflexion (données d'activité, objectifs, indicateurs, identifications des risques retenus, principales actions d'amélioration définies).

Le management du bloc opératoire para médical associe les professionnels des secteurs d'activités en vue de réguler les activités chirurgicales et d'apporter les ajustements et actions d'amélioration collégialement définies.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'adéquation des compétences aux besoins des secteurs opératoires est recherchée, notamment par la mise en place d'un processus d'intégration des nouveaux arrivants. Le plan de formation institutionnel engage des formations spécifiques au secteur de bloc opératoire (hygiène, gestion des événements indésirables, gestion des risques, compétences métiers).

Quelques chirurgiens sont accrédités.

L'établissement dispose d'un dossier patient format informatique pour les secteurs interventionnels et cliniques et au format pour la partie per anesthésie et per opératoire. Les informations relatives aux

différentes étapes de la prise en charge du patient (consultation chirurgicale, consultation anesthésie, prise en charge pré opératoire en unité de soins, prise en charge per opératoire et SSPI) sont collationnées dans le dossier. Les données tracées et contributives des prises en charge patients sont accessibles en temps réel via le système d'information hospitalier (SIH) du dossier patient.

Des modalités organisationnelles et de transmissions des informations entre les blocs, les salles de surveillance post interventionnelle (SSPI) et les services de soins dont les unités de chirurgie ambulatoire (UCA) sont définies incluant les réajustements nécessaires en cas de reprise chirurgicale ou d'urgence.

L'établissement dispose de plusieurs documents d'enregistrements des actes de prises en charge tout au long du processus (ouverture et contrôle des salles d'opérations, feuille d'écologie et de suivi des interventions, check-list HAS, document de suivi de la prise en charge en SSPI, traçabilité des dispositifs médicaux consommables et implantables).

Les besoins en ressources matérielles sont identifiés incluant la mise en œuvre des mesures de maintenance et de recours en cas de dysfonctionnement ou de panne matérielle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en place des circuits patients est effective (circuit enfant, chirurgie ambulatoire, chirurgie en hospitalisation complète, prise en charge des urgences).

Les circuits des professionnels, du matériel, du linge et des déchets sont formalisés et mis en œuvre sous la régulation et supervision des cadres et de la gouvernante qui supervise les activités d'entretien et de bio nettoyage. L'établissement met en œuvre un dispositif de planification patient informatisé, sécurisé et visuellement accessible par toutes les unités de soins favorisant la diminution des attentes patients et la connaissance par les professionnels de l'état d'avancement du planning opératoire.

Les unités de chirurgie ambulatoire ont déployé les principes de l'appel de la veille via un SMS et du lendemain.

La formation des professionnels et l'intégration des nouveaux arrivants sont mises en œuvre via un dispositif d'évaluation de l'acquisition des compétences. La polyvalence et mobilité sont favorisées dans les secteurs opératoires.

La formation aux nouvelles technologies et techniques opératoires sont déployées.

La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance en ce qui concerne la qualification opérationnelle des salles d'opération. Les résultats sont suivis, communiqués et font l'objet d'actions correctives en cas de besoin.

La radio protection est opérationnelle en ce qui concerne les professionnels salariés paramédicaux. Ceux-ci connaissent et mettent en œuvre les attendus en matière de protection port des équipements de protection, utilisation de la dosimétrie).

Les principes de matériovigilance sont effectifs et démontrés. Les maintenances préventives et curatives sont organisées et mises en œuvre permettant la disponibilité des matériels et dispositifs médicaux.

Les circuits de gestion, de traitement et de traçabilité des dispositifs médicaux stériles et stérilisables sont définis et mis en œuvre.

La mise en œuvre des vigilances est effective. Le dispositif de déclaration et de réception des alertes ascendantes et descendantes est opérationnel, connu et mis en œuvre par les professionnels.

Des dispositions de contrôle de l'organisation (ouverture de salle, check-list HAS, fonctionnement SSPI) sont mises en œuvre et tracées. Les différents points critiques identifiés sont pris en compte par les professionnels qui expriment leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse aux risques (hyperthermie maligne, installation patient, décompensation, prise en charge des urgences).

La planification opératoire est mise en œuvre via le système informatisé d'identification patient et fait l'objet d'une supervision anticipée. La régulation est assurée par les cadres de bloc associés des personnes référentes des secteurs opératoires et des médecins. L'élaboration du programme est soumise à l'adéquation des ressources (humaines et matérielles) et fait l'objet d'ajustements en cas de dysfonctionnements ou d'urgences.

La prise en charge des patients en salle de surveillance post interventionnelle (SSPI) est organisée et mise en œuvre. Les professionnels mettent en œuvre les actes de conservation de la dignité et de l'intimité, de confort, de prise en charge de la douleur. Les thérapeutiques et actes de soins et de surveillance sont tracés informatiquement ou au format papier.

L'échange d'informations est opérationnel entre les secteurs d'activité. La coordination des soins entre les blocs, les SSPI, les UCA et services d'hospitalisation et/ou services d'urgences est opérationnelle ainsi que les conditions d'accueil en hospitalisation complète et en ambulatoire, et spécifiquement attentionnées en cas de prise en charge des enfants (sécurité, présence des parents, information spécifique). La surveillance clinique est effective. Le départ des patients des salles de surveillances post interventionnelles est organisé, formalisé et tracé informatiquement. Le transfert des patients entre les secteurs d'activité est sécurisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité par spécialité, nombre d'évènements indésirables et répartition par thématiques, TVO/TROS, utilisation check list, analyse du processus de gestion de l'instrumentation chirurgicale).

Un tableau de bord incluant des indicateurs est exploité (résultats d'activité par spécialité, taux d'occupation de salle). Une évaluation des pratiques professionnelles concernant le remplissage de la check list est réalisée et régulièrement reproduite.

L'établissement a préparé la visite de certification sur la base des analyses de risque et complété son compte qualité.

L'établissement organise l'analyse des évènements indésirables via la cellule qualité en association des professionnels concernés. Un dispositif d'analyse des causes profondes est engagé via des réunions régulières de morbidité mortalité en secteur d'anesthésie et de chirurgie.

L'établissement recueille l'indicateur de la qualité et de la sécurité de soins (IQSS) « tenue du dossier d'anesthésie » ainsi que les indicateurs Hôpital Numérique.

A / AGIR

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

L'établissement mobilise ses analyses de risque a priori et a posteriori en tant que données d'entrée en vue d'élaborer les plans d'actions. Les risques principaux sont identifiés et ont fait l'objet d'actions d'améliorations en vue de leur atténuation. Ceux ci sont intégrés au compte qualité et pour certains d'entre eux finalisés au moment de la visite.

Le traitement des évènements indésirables réalisé débouche sur des actions d'amélioration suite à l'analyse des causes profondes selon une méthodologie définie (comptage des compresses, utilisation de la check list, sécurisation médicamenteuse). Un dispositif de retour d'expérience (CREX) est mis en œuvre.

Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites via le système de communication intranet et les réunions de service et des instances.

Des mesures complémentaires de traitement ou de réduction des risques sont identifiées et intégrées au plan d'action. Le plan d'actions d'améliorations prend en compte les risques identifiés et inscrits au compte qualité (pour exemple concernant l'amélioration de la planification opératoire, la gestion de l'instrumentation, l'utilisation de la check-list).

L'établissement promeut des actions d'amélioration en vue d'améliorer la prise en charge ambulatoire (préparation ambulatoire, brancardage, gestion des flux, appel de la veille).

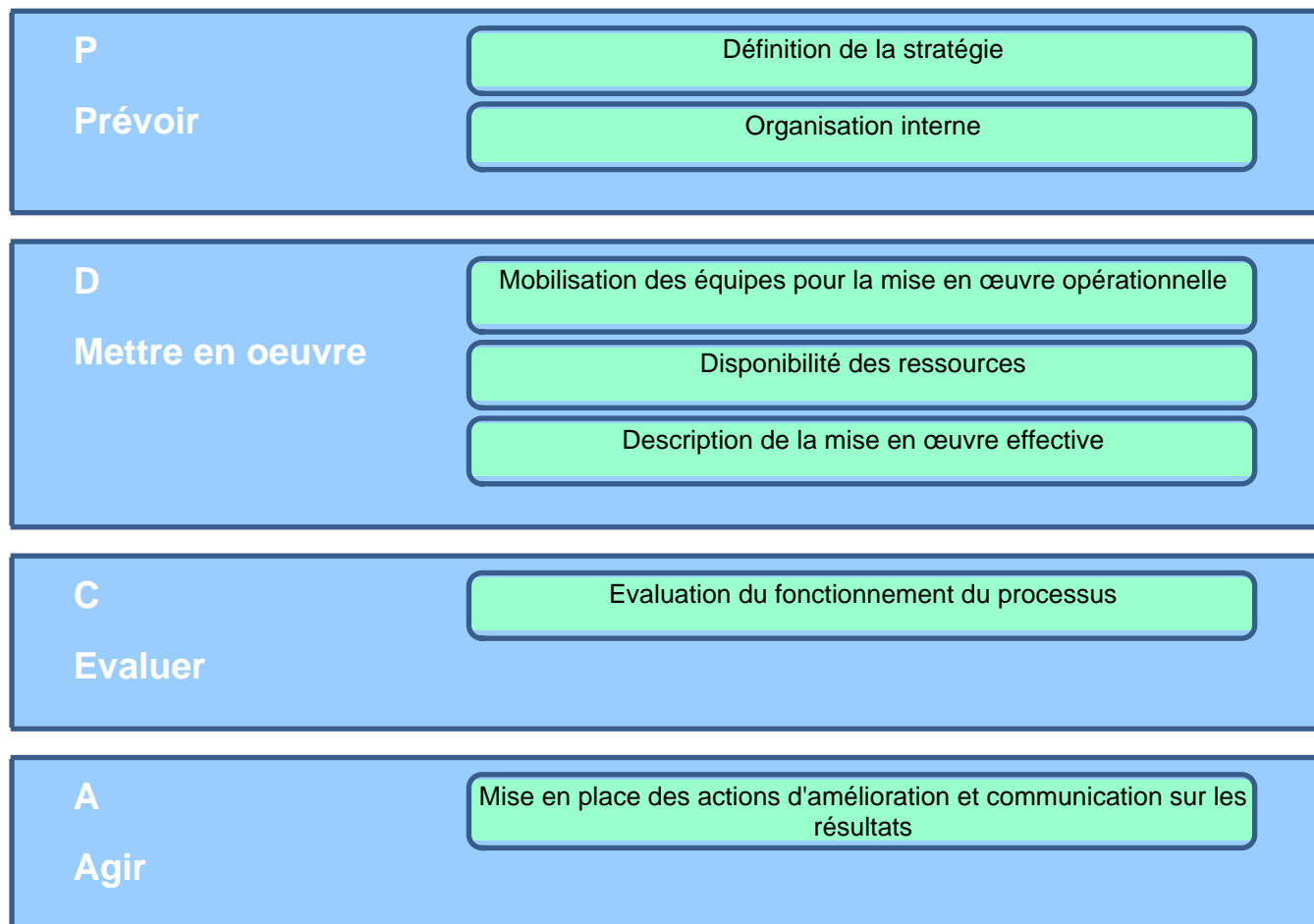
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La Polyclinique Saint Jean a défini une stratégie et des objectifs spécifiques au processus de prise en charge en imagerie interventionnelle. Celle-ci est élaborée sur la base d'une analyse des risques propres au secteur interventionnel et de l'imagerie interventionnelle, notamment les risques d'exposition au rayonnement ionisant. L'imagerie interventionnelle concerne quelques actes de chirurgie réalisés au sein du bloc opératoire central. L'organisation validée par le conseil du bloc opératoire est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Ce dernier comporte des responsables des actions, des échéances et des modalités de suivi des actions. Les risques principaux sont intégrés au compte qualité et font l'objet d'actions d'amélioration.

ORGANISATION INTERNE

L'imagerie interventionnelle est réalisée dans le secteur opératoire de chirurgie de l'établissement. Une personne compétente en radioprotection (PCR interne) est désignée pour piloter, avec les cadres le processus de prise en charge en imagerie médicale. Une PCR externe intervient dans le cadre des contrôles qualités externes. La suppléance des personnes compétentes est organisée et leurs rôles et responsabilités sont formalisés dans les fiches de poste établies. Au regard de ses missions et des risques spécifiques d'exposition au rayonnement ionisant identifiés, l'établissement prévoit les ressources en compétence et en formation. L'ensemble du personnel salarié et des médecins libéraux est formé à la radioprotection du patient et celle du personnel. L'établissement prévoit des formations périodiques réglementaires. Le dispositif de gestion documentaire est prévu dans l'établissement, formalisé et accessible. Les ressources matérielles sont prévues concernant la dosimétrie (passive et opérationnelle) ainsi que la mise à disposition d'équipements de protections individuels. La maintenance préventive et curative des matériels générant des rayonnements ionisant est organisée par le cabinet d'imagerie médicale privé propriétaire des matériels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques d'exposition aux rayonnements ionisants et des besoins de prise en charge en imagerie interventionnelle, les responsables du management du secteur interventionnel organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables sensibilisent les professionnels à travers les formations et informations sur la radioprotection du patient et à celle du personnel. Les responsables organisent des évaluations pour s'assurer de la conformité des pratiques de radioprotection des patients et celles des personnels en imagerie interventionnelle. Des actions correctives et/ou préventives sont identifiées en cas de dysfonctionnements, baisse des résultats d'indicateurs ou de dépassement des seuils dosimétriques. La médecine du travail et le Comité d'hygiène et de sécurité est associé au suivi de la protection des travailleurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les activités d'imagerie interventionnelle disposent des ressources en compétence nécessaires. L'ensemble du personnel est formé à la radioprotection du patient et celle du personnel et les formations périodiques réglementaires sont planifiées et assurées. La personne compétente en radio protection est identifiée et titulaire des formations relatives à l'exercice de ses missions. Le système documentaire établi est accessible et actualisé. Les différents documents de ce système sont disponibles, connus et utilisés par les professionnels. Le secteur d'imagerie interventionnel dispose des équipements mobiles (amplificateurs de brillance). La maintenance de ces différents équipements est planifiée. Les contrôles qualités internes et externes sont organisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une organisation précisant les modes de fonctionnement et les circuits de prise en charge en imagerie interventionnelle est mise en oeuvre. Elle permet la mise à disposition en temps utile de toutes les

ressources nécessaires humaines, matérielles, locaux et documentaires.
Les activités sont régulées afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient.
Les pratiques professionnelles observées lors de la visite sont formalisées, actualisées et conformes aux bonnes pratiques de l'imagerie interventionnelle et à la réglementation, notamment celles de la radioprotection des patients et des personnels.
La démarche qualité engagée est documentée et actualisée. Elle s'appuie sur les mesures de radioprotection de prévention et de surveillance dans la prise en charge des patients en imagerie interventionnelle.
Des supports sont à mis à disposition des patients pour les informer des risques liés au rayonnement ionisant.
Le secteur interventionnel évalue les risques a priori, notamment les risques d'exposition des patients et des professionnels aux rayonnements ionisants. Des contrôles qualité internes et externes réalisés permettent d'identifier les risques potentiels pour les patients.
La traçabilité des activités est assurée, elle inclue les contrôles qualité, les vérifications, les entretiens et maintenances des locaux et des équipements. La traçabilité des dispositifs médicaux (DMI) utilisés est effective.
Les professionnels sont impliqués dans le recueil et l'analyse des événements indésirables à travers les revues de morbidité-mortalité (RMM) et les comités de retour d'expérience (CREX).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur interventionnel réalise des audits, EPP et des contrôles qualité internes et externes conformément à la réglementation. Des indicateurs de leurs activités, notamment ceux sur la radioprotection des patients et des professionnels sont colligés associant la médecine du travail.

A / AGIR

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

Les actions issues des résultats des audits, EPP et du suivi des indicateurs sont mises en œuvre, articulées avec le programme d'actions institutionnel et intégrées au compte qualité.
Les résultats des actions mises en œuvre sont communiqués aux professionnels à travers les réunions de service et via le retour des mesures individuelles de dosimétrie.

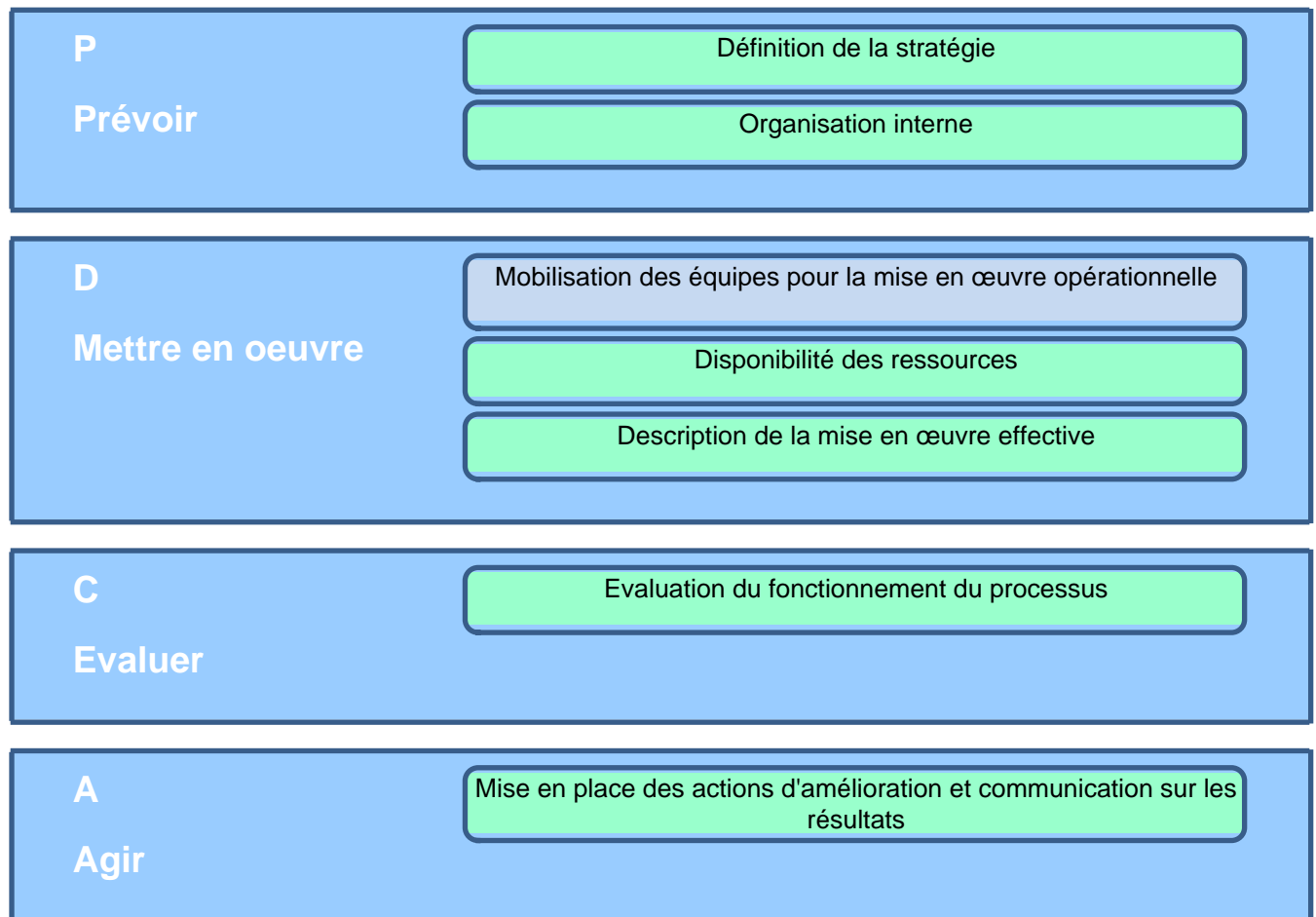
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Le secteur d'endoscopie de La Polyclinique Saint Jean est composée de trois lieux d'activité (deux salles d'examens, une salle de surveillance post interventionnelle de cinq postes, un secteur de traitement et désinfection des endoscopes et un service d'hospitalisation en ambulatoire). Les différents secteurs sont contigus et de proximité immédiate.

L'organisation du secteur d'endoscopie est formalisée et définit les différents circuits et modalités de prise en charge des patients incluant l'articulation entre le secteur d'examens et l'unité de prise en charge patient en service d'endoscopie ambulatoire.

Le secteur d'endoscopie a identifié ses besoins et analysé ses risques par une approche processus de type parcours patient. L'analyse des risques porte sur les processus (management, support, interventionnels), et des différents circuits (programmée ou non programmée). Les risques spécifiques liés à l'activité d'endoscopie sont hiérarchisés au sein d'une cartographie intégrant l'évaluation du niveau de criticité selon une méthodologie définie. Le secteur d'endoscopie définit ses objectifs d'amélioration, centrés sur les circuits, modalités de prise en charge, sécurité du patient et du traitement des endoscopes.

Un plan d'actions d'améliorations décliné en mode projet associe les professionnels du secteur d'endoscopie.

Les objectifs d'améliorations sont cohérents aux risques identifiés proposés par l'établissement et sont intégrés au plan d'amélioration de la qualité institutionnel et au compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a organisé ses activités d'endoscopie ouvertes sur le réseau de ville et les besoins internes pour les patients hospitalisés.

Le Conseil de bloc représentatif des utilisateurs de l'unité d'endoscopie définit l'organisation. Celle ci étant transcrite par une charte de fonctionnement.

Le fonctionnement, la planification des examens sont régulés par une infirmière responsable du secteur et sous la supervision de l'encadrement du bloc central.

L'organisation du secteur d'endoscopie prévoit les ajustements en cas de dysfonctionnement ou de prise en charge des urgences.

L'organisation du service d'hospitalisation d'endoscopie ambulatoire est définie et prévoit dans son organisation, les dispositions nécessaires à la planification des patients (préparation, heures de convocations), au transfert en bloc endoscopie et au retour à domicile (prévisions des soins post opératoires, prescriptions de sortie, consignes de sécurité).

La régulation du fonctionnement de l'unité endoscopie est organisée et formalisée.

Les fonctions et responsabilités sont définies et décrites par la charte de fonctionnement. La formation des professionnels est assurée notamment par la mise en oeuvre d'une méthode formalisée d'intégration des nouveaux arrivants. Le développement des compétences en secteur d'activité exploratoire et de prise en charge patient est recherchée et organisée par la polyvalence des professionnels (les) infirmiers (es). Des actions de formation sont intégrées dans le plan de formation global de l'établissement (erreurs médicamenteuses, événements indésirables, gestion des risques, pratiques professionnelles). L'établissement organise et prévoit régulièrement des formations externalisées.

Des formations à l'utilisation et au traitement des endoscopes sont programmées une fois par an pour les personnels.

Un système documentaire relatif aux pratiques professionnelles propose des protocoles précisant les modalités de réalisation de la prise en charge des patients, l'organisation des soins, de la surveillance patient et du traitement des endoscopes. Les processus à risque de gestion des flux (patients, déchets, DMI), de gestion des ressources humaines (présence, astreintes) et des fonctions logistiques (brancardage, réapprovisionnement pharmaceutique,) font l'objet de dispositions organisationnelles formalisées et actualisées. Des dispositions spécifiques formalisées définissent la mise en oeuvre d'une organisation visant à maîtriser les risques environnementaux liés aux flux aérauliques et en référence aux dispositions de la norme NFS 90-351. Le risque ATNC est identifié.

L'organisation de la matériovigilance est mise en oeuvre ainsi que les maintenances préventives et curatives. La gestion des pannes est organisée. Les matériels automatisés de traitement des endoscopes répondent aux besoins de l'activité. Des solutions dégradées en cas de panne peuvent être mises en oeuvre en cas de besoin.

Les interfaces entre le secteur d'endoscopie et les services cliniques et médico-technique sont organisées.

L'établissement dispose d'un dossier patient mixte au format papier et informatisé. Son organisation est définie et précise les différents documents constitutifs et les modalités d'enregistrement des informations au cours du séjour patient. Des documents de liaison entre les secteurs d'activité (endoscopie/SSPI/service ambulatoire) permettent l'enregistrement et la communication des informations

utiles à la prise en charge des patients et à la continuité et la coordination des soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'encadrement mobilise les équipes dans une dynamique de partage des informations et d'amélioration des pratiques, notamment par la réalisation d'audits, d'évaluations des pratiques professionnelles (EPP) et d'analyse collégiale des événements indésirables. Des réunions de morbi mortalité sont mises en œuvre.

L'équipe médicale d'endoscopie est engagée dans un programme d'accréditation des médecins et équipes médicales associant les différents professionnels du secteur d'activité.

Les professionnels se sont appropriés les objectifs et plans d'actions définis et mis en œuvre suite aux évaluations de pratique et aux audits patient traceur réalisés dans le cadre de la préparation de la certification. Les résultats sont communiqués aux équipes favorisant l'appropriation des méthodes d'investigation et d'analyse de risque.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'adéquation des compétences aux besoins est recherchée, notamment par la mise en place d'un processus d'intégration des nouveaux arrivants.

Le plan de formation institutionnel engage des formations spécifiques (hygiène, gestion des événements indésirables traitement des endoscopes, pratiques professionnelles).

L'organisation du secteur d'endoscopie est formalisée. Des procédures actualisées précisent les modalités de sécurisation de l'environnement (air, circuit des professionnels, sécurité anesthésie, circuit patient) et de traitement des endoscopes.

Une démarche qualité documentée et actualisée, assurant la sécurité de la prise en charge du patient et organisant la diffusion de la culture qualité / sécurité est définie et mise en œuvre. La gestion documentaire actualisée mise à disposition des professionnels décrit les attendus en terme de gestion organisationnelle et de mise en œuvre des pratiques professionnelles.

Le matériel et les dispositifs médicaux font l'objet d'une maintenance préventive et curative. Le secteur d'endoscopie prévoit les réponses aux éventuelles pannes et dysfonctionnements matériels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits des professionnels, du matériel, du linge et des déchets sont opérationnels. Des dispositions relatives à la maîtrise du risque infectieux sont mises en œuvre (bio nettoyage du secteur d'endoscopie, traitement et désinfection des endoscopes, évacuation des déchets et DASRI). Les circuits de gestion des dispositifs médicaux stériles sont mis en œuvre.

La coordination bloc endoscopie -service d'hospitalisation ambulatoire est effective, coordonnée et sécurisée. Des dispositions de contrôle de l'organisation (ouverture de salle, check-list, fonctionnement SSPI) sont mises en œuvre et tracées.

Les différents points critiques identifiés sont pris en compte par les professionnels qui expriment leur connaissance des mesures d'atténuation ou de réponse au risque (hyperthermie maligne, installation patient, décompensation, ATNC, risque AES, risque matériel...).

La traçabilité des actes de soins, surveillance et de traitement des endoscopes est assurée au format papier ou via le dossier patient informatisé.

L'encadrement de l'unité endoscopie engage le partage des informations et le retour d'expérience via la communication de ses activités lors de réunions et staff hebdomadaires.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des tableaux de bords incluant des indicateurs sont exploités (résultats d'activité, occupation des salles, nombre et résultats des RMM, nombre et classification thématique des événements indésirables).

Des évaluations des pratiques professionnelles sont engagées (EPP check-list, EPP prise en charge en endoscopie, patient traceur) et ont pour certaines débouché sur des améliorations des pratiques. Les résultats sont communiqués aux professionnels de l'unité d'endoscopie. Le retour d'expérience est organisé. Des indicateurs spécifiques sont exploités en continu.

Les résultats sont analysés et communiqués aux équipes.

A / AGIR

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

Le secteur d'endoscopie définit ses actions d'amélioration. Celles-ci sont intégrées au plan d'amélioration de la qualité institutionnel et intégrées au compte qualité.

L'exploitation et le suivi dans le temps sont organisés et mis en œuvre selon une méthode projet portée par l'encadrement de l'unité d'endoscopie et la supervision de la direction qualité et du bloc central

Le suivi des indicateurs favorise la lisibilité des risques résiduels et sont exploités en tant que données de révision des axes d'amélioration.

Il existe un système de diffusion des résultats des évaluations, des indicateurs et des actions conduites, au niveau de l'unité d'endoscopie et de l'établissement.

L'établissement mobilise les résultats de ses indicateurs en tant que donnée de révision de son organisation et de mise en œuvre du plan d'actions. Les principaux étant intégrés au compte qualité.

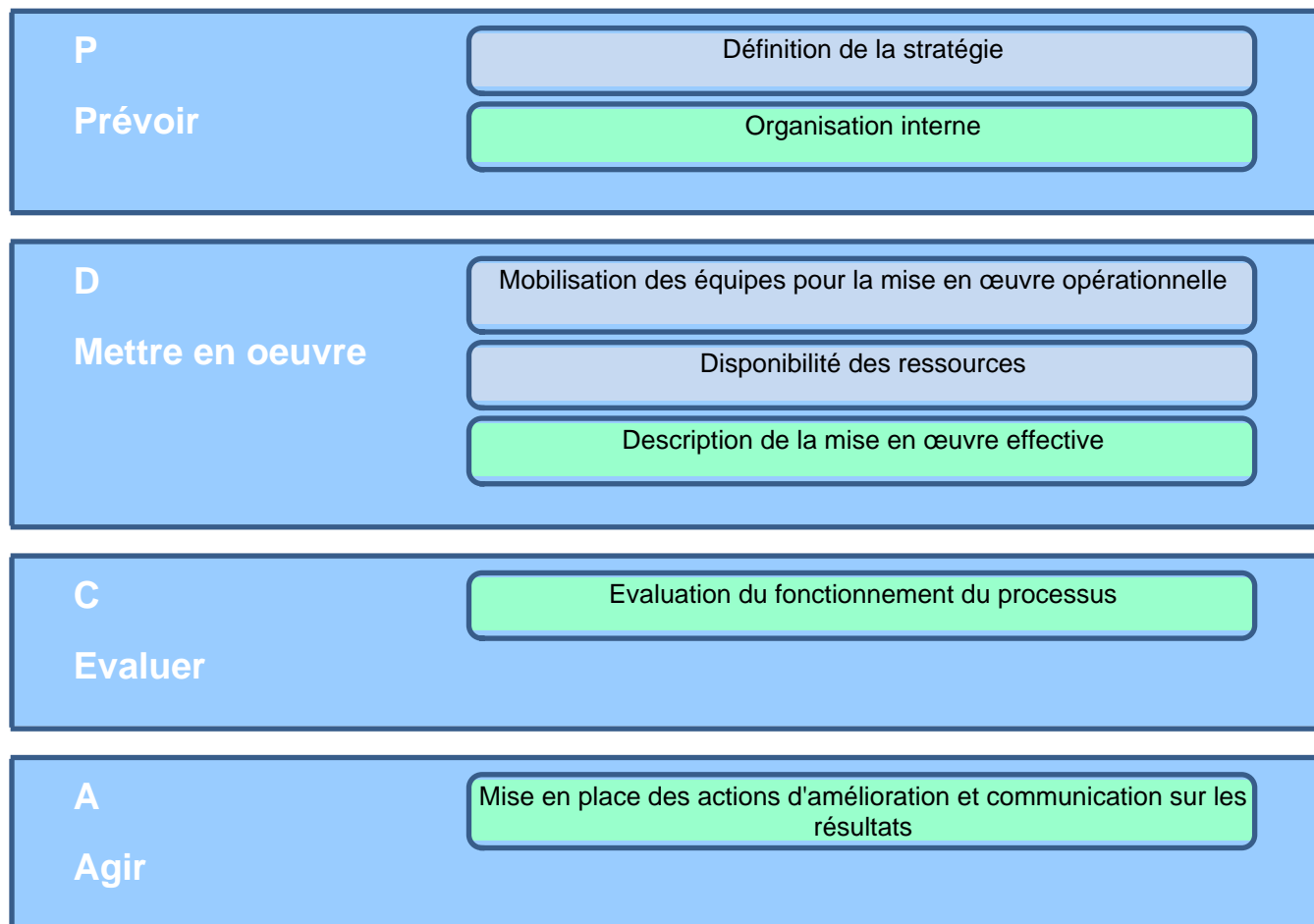
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du secteur de naissance fait partie des orientations du contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) et trouve sa place et ses rôles détaillés dans le Projet Médical.

La stratégie prend en compte le niveau du risque fœto-maternel d'une maternité de niveau 1 pour se situer comme une maternité attractive avec des points forts d'amélioration, de perspective et de performance.

La collaboration inter-établissement est effective au travers du réseau périnatal de PACA CORSE MONACO, la hiérarchisation est organisée sur niveau 2 avec la maternité d'Antibes ou Grace, niveau 3 avec le CHU de Nice. La prise en charge et le suivi des grossesses sont basés sur le réseau de proximité de PMI, gynécologues-obstétriciens et sage femmes libérales. Un programme d'accompagnement à domicile (PRADO) est proposé, le service a développé un système de i-PRADO, le taux de sortie précoce est à 35 % .

L'équipe du secteur de naissance a identifié et analysé ses principaux risques par une méthodologie pluriprofessionnelle. La cartographie des risques est assortie d'une hiérarchisation mettant en exergue les situations à risque entre autres : défaut de continuité de PEG d'anesthésie, surveillance RCF, HPP, CAT en cas de césarienne en urgence et la maîtrise du risque infectieux.

Le traitement des risques est repris dans un plan de réduction intégré au compte qualité de l'établissement. Les mesures de traitement sont arrêtées, un plan d'action est formalisé avec des objectifs, responsables, échéances et modalités de suivi.

Le programme est présenté aux instances. Les actions sont en cours en grand nombre sur la maîtrise du risque infectieux témoignant d'une collaboration effective avec l'EOHH.

L'activité est réalisée en secteur de naissance composé des salles de prétravail, travail, salle physiologique, réanimation de nouveau-né et d'une salle césarienne code rouge attenante au bloc de chirurgie gynécologique. Le secteur dispose de vingt et un lits d'hospitalisation pour la suite des naissances.

Le fonctionnement est défini dans la " Charte de fonctionnement du Bloc Obstétrical" et dans un protocole " Principes de fonctionnement du service obstétrique". Le pilotage institutionnel est organisé.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus est assuré par un groupe pluri-professionnel composé d'un gynécologue obstétricien, d'un médecin anesthésiste réanimateur et d'une cadre sage-femme. Les missions des pilotes sont définies.

Il existe un plan de formation pour obtenir les objectifs en ressource humaine. L'accueil des nouveaux arrivés est planifié.

Le secteur dispose de ressources documentaires qui intègrent les procédures et des protocoles définis et formalisés, connus par de professionnels, tracés sur support informatique.

Un plan de maintenance préventive et curative sécurise l'exercice, un plan d'achat assure la disponibilité du matériel nécessaire.

Le secteur est informatisé en intégrant le dossier patient informatisé.

Les interfaces et les circuit avec les autres secteurs d'activité (cliniques, bloc opératoire, EOHH, PUI, laboratoire de biologie, brancardage, logistiques et administratifs) sont définis et formalisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et le plan d'actions propres au secteur sont établis en référence à la démarche institutionnelle, appropriés par les professionnels.

Le pilotage du secteur de naissance sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur.

Le recueil des événements indésirables est opérationnel.

La périodicité des réunions est définie: staff pluriprofessionnel, réunion de service, participation aux réunions régionales. Il existe une liaison permanente avec le CHU de Nice ouvrant la possibilité de présenter au staff les dossier des grossesses pathologiques.

La culture de l'organisation et de la participation concernant les réunion de morbi morbidité (RMM) , retour d'expérience (CREX) et évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont déployées dans le secteur. Ces réunions sensibilisent les professionnels aux objectifs fixés.

Les pratiques professionnelles s'appuient sur les protocoles rédigés de façon participative et transversale, basés sur les recommandations des bonnes pratiques professionnelles.

La démarche de qualité est documentée et actualisée. Les indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont

régulièrement suivis par la cadre sage femme, les résultats sont analysés et communiqués à l'occasion des staffs et d'autres réunions pour définir les actions correctives. Suite aux évaluations de pratique, les actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies. Les résultats sont communiqués aux équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement met à la disposition du secteur de naissance les ressources en compétences, en documentation et en matériel nécessaires et adaptées à la législation en vigueur.

L'équipe est composée de sept chirurgiens- gynécologues- obstétriciens, 12,51 ETP sages-femmes, 8,8 ETP d'auxiliaires-puéricultrices.

La prise en charge de l'anesthésie obstétricale est assurée par treize médecins anesthésistes, celle de nouveau-né par quatre pédiatres. La formation des membres des équipes et des nouveaux arrivants est assurée pour maintenir et développer des compétences exigées.

Une sage-femme possède un diplôme universitaire en échographie. Le secteur dispose du temps de kinésithérapie, d'ergothérapie, de psychologue et d'assistante sociale nécessaire pour une prise en charge pluridisciplinaire de qualité.

Le bio nettoyage des locaux et le circuit des déchets sont assurés par les ASH.

Les protocoles et procédures cliniques, couvrant la totalité du circuit, validés et actualisés sont mis à disposition via la gestion documentaire électronique de l'établissement. Des documents d'information pour les parturientes sont disponibles (livret de retour à la maison, allaitement maternel, sage femme libérale ...).

L'architecture et l'équipement du secteur de naissance, de la salle de césarienne et l'équipement d'anesthésie répondent aux exigences.

Le parcours de césarienne code rouge est sécurisé. Le transport et la pratique des examens biologiques sur le nouveau-né (y compris gazométrie du cordon) sont assurés par le laboratoire de biologie médicale. Les produits sanguins en urgence vitale sont disponibles.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur de naissance connaît et met en œuvre les dispositions définies institutionnellement.

L'accueil et l'identification sont réalisés et conformes aux règles d'identité-vigilance.

La préadmission est systématique. Le dossier obstétrical et celui du nouveau né sont complets et comportent les données cliniques et psycho-sociales essentielles et éventuellement les conduites spécifiques identifiées pour la prise en charge de l'accouchement, du nouveau né et des suites de couche.

La surveillance clinique et para-clinique du travail actif est tracée sur support informatique. L'analyse du tracé du RCF est conforme aux bonnes pratiques.

L'analgésie obstétricale est assurée, selon le choix de la patiente et de la situation obstétricale, en conformité avec le protocole.

Toutes les parturientes bénéficient d'une consultation d'anesthésie préalable.

La surveillance post-partum immédiate est assurée et la prévention de l'hémorragie post-partum immédiate mise en œuvre lors de la délivrance, selon le protocole validé.

Le processus de mise en peau à peau est favorisé, l'encadrement de l'allaitement et l'encadrement de la présence du père est assuré. L'ensemble des données est tracé dans le dossier de la mère et du nouveau né.

Le transfert du secteur de naissance ou de la salle de surveillance post interventionnelle vers les suites de naissance répond aux critères établis. Les soins immédiats au nouveau né sont assurés.

La salle où le nouveau né est accueilli est conforme et sa température contrôlée. Chez le nouveau-né à terme, sain et normal, quelque soit le mode de naissance, la sage femme prodigue les soins immédiats selon le protocole établi.

Le premier examen est pratiqué afin d'assurer l'absence d'urgence vitale et repérer une éventuelle pathologie ou malformation, justifiant l'appel du pédiatre.

La prise en charge de la douleur est systématique, en cas de besoin selon une échelle identifiée. Les risques d'hypoglycémie et d'infection fœto-maternelle sont pris en compte.

La traçabilité des soins du nouveau né, du compte-rendu de premier examen et des informations médicales relatives à la mère et au facteur de risque éventuel est réalisée dans le dossier du nouveau né. Le carnet de santé est renseigné. La transmission des soins ultérieurs à pratiquer par l'équipe chargée de la surveillance de l'enfant est effectuée.

La régulation des activités est effective et permet de garantir le respect de la programmation et de la sécurité des patients-parturiente. La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est assurée.

Le bionettoyage du secteur et de la salle césarienne est assuré et tracé.

La vérification de la disponibilité du matériel et des équipements est réalisée et tracée.

Les circuits sont respectés, les interfaces fonctionnent.

Les réunions spécifiques au secteurs sont régulièrement organisées, les comptes rendus sont disponibles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La démarche de qualité est documentée et actualisée. Les indicateurs de quantité et de qualité en grand nombre sont régulièrement suivis par la cadre sage-femme : taux de césarienne, de l'épisiotomie, de l'extraction, prise en charge initiale de HPP, taux de péridurale, allaitement...

Les EPP sont réalisées sur de nombreuses thématiques.

Les RMM spécifiques sont conduites sur le secteur. Les analyses des événements indésirables sont réalisées avec une implication des professionnels.

Les résultats des analyses sont communiqués à l'occasion des staffs et d'autres réunions pour définir les actions correctives.

A / AGIR

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

Suite aux démarches des EPP et RMM, des améliorations sont menées avec notamment la rédaction ou la révision des protocoles de prise en charge et la mise en place des actions de formations afin d'ajuster les pratiques professionnelles.

Ces actions d'amélioration sont intégrées et articulées avec le programme d'actions du secteur. La communication des résultats est réalisée au niveau des professionnels de l'unité aux cours des réunions de services, CME et réunions avec les sages-femmes libérales.