



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION POLYCLINIQUE VAUBAN

**10 avenue vauban
59300 Valenciennes
OCTOBRE 2016**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	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	16
DROITS DES PATIENTS	20
PARCOURS DU PATIENT	24
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	46
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	51
ANNEXE	55

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

POLYCLINIQUE VAUBAN	
Adresse	10 avenue vauban 59300 Valenciennes
Département / région	NORD / NORD-PAS-DE-CALAIS/PICARDIE
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	590008033	S.A. POLYCLINIQUE VAUBAN	4 place des acacias 59300 Valenciennes
Etablissement de santé	590008041	POLYCLINIQUE VAUBAN	10 avenue vauban 59300 Valenciennes

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de séances de dialyse
MCO	Chirurgie	81	39	/
MCO	Médecine	108	/	9209
SSR	SSR	30	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Convention avec la Polyclinique du Parc de St Saulve - Convention avec l'Hôpital Départemental de Felleries-Liessies, la Polyclinique du Parc de St Saulve. - Convention avec l'association RESO 59 de Valenciennes, la Polyclinique du Parc de St Saulve - Convention avec les cardiologues interventionnels de Valenciennes - Convention avec les cardiologues de Valenciennes - Convention avec la polyclinique du Bois de Lille - Convention avec le CH de Valenciennes - Convention avec le groupe ANHAC d'Hénin Beaumont
--	---

- Convention avec la clinique du Cambrésis de Cambrai
- Convention avec la clinique des Dentellières de Valenciennes
- Convention avec le CH de Fourmies
- Convention avec l'association pour le développement de l'hémodialyse d'Hénin Beaumont
- Contrat de relais avec le CH de Denain
- Convention avec la clinique St Roch de Marchiennes
- Convention avec la clinique du Parc de Saint Saulve
- Convention avec l'AVDSP de Valenciennes
- Convention avec la clinique Saint-Roch de Cambrai
- Convention avec l'EMERA de Valenciennes
- Convention avec le Château de la Motte de Marchiennes
- Convention avec la clinique Saint-Roch de Denain
- Convention avec la clinique Saint-Roch Villars de Denain
- Convention avec le centre de rééducation Fonctionnelle la Rougeville de Saint Saulve
- Convention avec CARMi de Lens
- Convention avec CRAM de Villeneuve d'Ascq
- Convention avec le HAD du Hainaut de Valenciennes
- Convention avec le laboratoire BIOPAJ de Valenciennes
- Convention avec le cabinet d'anatomie et de cytologie pathologique de Valenciennes
- Convention avec Les Ambulances Bavay-Doualle d'Anzin
- Convention avec l'EFS d'Ivry sur Seine

Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	- Activité traitement du cancer – Chirurgie ORL transférée à la Polyclinique du Parc depuis le 7 mai 2013
Création d'activités nouvelles ou reconversions	- Unité de dialyse médicalisée depuis le 12 septembre 2014

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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
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	H ou F	Gastro-entérologie	Maladies du tube digestif	Hospitalisation programmée	endoscopie à visée diagnostique	MCO
2	H ou F	Explorations électrophysiologiques endocavitaires	Affections cardiovasculaires	Hospitalisation programmée	1 patient(e) pec en Cardiologie	MCO
3	H ou F	Médecine	A déterminer	Urgence	patient admis aux urgences	MCO
4	H ou F	Chirurgie Urologique	maladies des voies urinaires	Hospitalisation programmée	chirurgie transurétrale	MCO
5	H ou F	URCV - UNITÉ DE	Affections cardio-	Hospitalisation programmée	séance dans l'URCV	SSR

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
		RÉADAPTATION CARDIO VASCULAIRE	vasculaires			
6	H ou F Personne Âgée"	SSR POLYVALENTS	polypathologies, symptômes généraux	Hospitalisation programmée	accompagnement médicalisé et des suites de soins	SSR

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

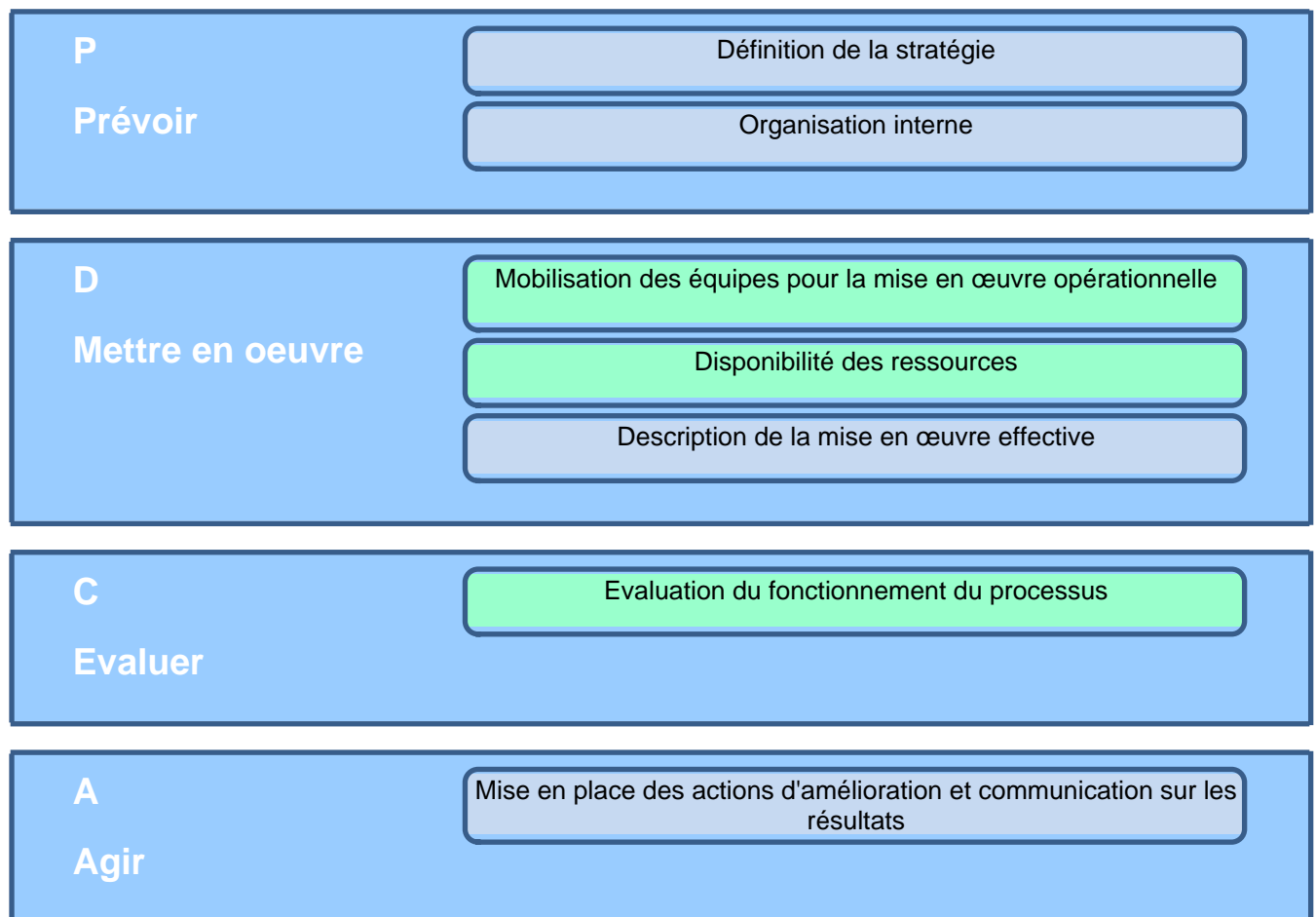
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité/gestion des risques (QGDR) et de la sécurité des soins est inscrite dans le projet d'établissement 2016-2020 de la Polyclinique Vauban dans son chapitre « Le projet gestion qualité-sécurité-environnement ». Elle intègre notamment la stratégie EPP, les obligations légales et réglementaires ainsi que la gestion de la crise, cette dernière ayant fait l'objet d'une actualisation récente. L'établissement a exploité les décisions de la précédente certification de la HAS en engageant une refondation de sa démarche QGDR, les IQSS, les EPP et les évaluations internes. Les principaux risques du processus management qualité et gestion des risques sont élaborés avec les professionnels dans le Compte Qualité et déclinés dans un plan d'actions prioritaires. La direction, le Comité de direction (CODIR), le président de la CME, la structure qualité (RAQ absente en arrêt maladie depuis plusieurs mois, assistantes qualité) ont identifié ces plans d'action avec les professionnels de l'établissement avec la validation par les instances (CODIR, CME, COVIRIS, COPIL QGDR) et communication auprès des équipes. Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de cette politique, notamment dans le cadre de la CRU. Le programme d'amélioration continue de la qualité/gestion des risques et de la sécurité des soins (PAQSS) décline cette politique en actions élaborées par le COPIL QGDR.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus Management Qualité et Gestion des risques (MQR) est assuré par la directrice, le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins, le pharmacien, la directrice des soins et la responsable des plateaux techniques. Le pilotage opérationnel comprend les mêmes personnes plus le service qualité (deux assistantes qualité). Le COPIL QGDR coordonne les actions du PAQSS. Il est composé du président de la CME, du médecin coordonnateur de la gestion des risques, du pharmacien (responsable du management de la prise en charge médicamenteuse, des présidents des commissions et instances, du CODIR, des représentants des usagers, des médecins et responsables représentants les activités de l'établissement. Le COVIRIS présidé par le médecin coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est chargé d'analyser les FEI dont les vigilances à criticité importante et de définir des plans d'action. La commission EPP présidée jusqu'alors par le pharmacien vient d'être reprise par un chirurgien et est chargée de piloter et de développer les EPP médicales, ces dernières étant en progression depuis une année. Le comité retour d'expérience REX, présidé par un chirurgien vasculaire, regroupe les RMM. Les ressources documentaires ont été restructurées et intégrées dans un logiciel qualité (GED). La FEI est informatisée et le signalement a été encouragé par un engagement de la direction sur l'anonymat de la déclaration. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de service sont chargés du déploiement opérationnel dans les services avec le soutien du service qualité suivant les actions définies par le COPIL QGDR. Des actions retenues dans le Compte qualité ont été réalisées ou sont prévues sur une période d'une année. Parmi les actions réalisées les exercices de simulation des erreurs dans la chambre d'erreurs et une salle de bloc des erreurs ainsi que l'accueil et la prise en charge d'un patient fictif ont sensibilisé les équipes soignantes sur les risques. Les professionnels utilisent le signalement avec la FEI informatisée d'une manière de plus en plus importante, ayant un retour des actions engagées après chaque réunion COVIRIS (fréquence bihebdomadaire). Ils participent aux CREX, RMM et EPP. Parmi les EPP du processus MQR, il peut être mentionné : les bonnes pratiques de détermination d'un groupe sanguin, la pertinence des transfusions sanguines, le scoring des services de soins et du bloc opératoire, la mesure de la culture sécurité. Les professionnels sont informés des résultats lors des réunions de service et par la GED.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences pour ce processus MQR sont suffisants et ont été adaptés en fonction de l'absence maladie de la RAQ avec un renfort d'une assistante qualité d'un autre établissement voisin du groupe et une répartition des missions au sein de l'équipe de direction. Les professionnels sont régulièrement formés par le service qualité. Les nouveaux arrivants bénéficient d'un passeport terrain et un tutorat leur permettant d'intégrer le fonctionnement et l'utilisation des applicatifs dont celui de la GED dont les documents ont été actualisés. La mise à disposition des outils informatiques et de la GED permet à chaque professionnel d'accéder aux informations nécessaires pour le MQR.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Le déploiement et la mise en œuvre des RMM, RCP, EPP sont effectifs au sein de l'établissement. Le système de signalement des EI, les actions du PAQSS ainsi que les actions du CQ sont connus des professionnels avec l'accès sur chaque poste de travail à la GED. Les instances COPIL QGDR, COVIRIS, Commission EPP sont opérationnelles et leurs comptes-rendus accessibles aux professionnels par la GED. La coordination des dispositifs de vigilances, veille sanitaire et gestion globale de la qualité et des risques est effective. L'exploitation des plaintes et réclamations impliquent les professionnels, les représentants des usagers et contribuent à l'élaboration du PAQSS. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un tableau de bord du processus MQR réalisé par le service qualité comprend les indicateurs de gestion des risques (EI, EIG, EPR, EIAS, nombre de CREX, nombre de RMM), grilles de patients traceurs, audits dossiers dont les RCP, évaluation de la satisfaction des usagers en lien avec la CRU (taux de retour du questionnaire de sortie, nombre de plaintes et réclamations), EPP (nombre total et nombre EPP par niveau atteint), formations (nombre de professionnels formés à la QGDR), exercices de simulation (nombre d'exercices de simulation, nombre de réunions de la cellule de crise). Les fréquences sont mensuelles, trimestrielles ou semestrielles suivant les indicateurs. Le PAQSS et le plan d'actions du CQ sont évalués périodiquement pour chaque réunion trimestrielle du COPIL QGDR.

A / AGIR

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

Le réajustement du PAQSS et du CQ sont effectués en fonction des évaluations menées et des résultats obtenus. L'exploitation des plaintes et réclamations implique les professionnels et les représentants des usagers et les actions qui en découlent sont intégrées dans le PAQSS. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

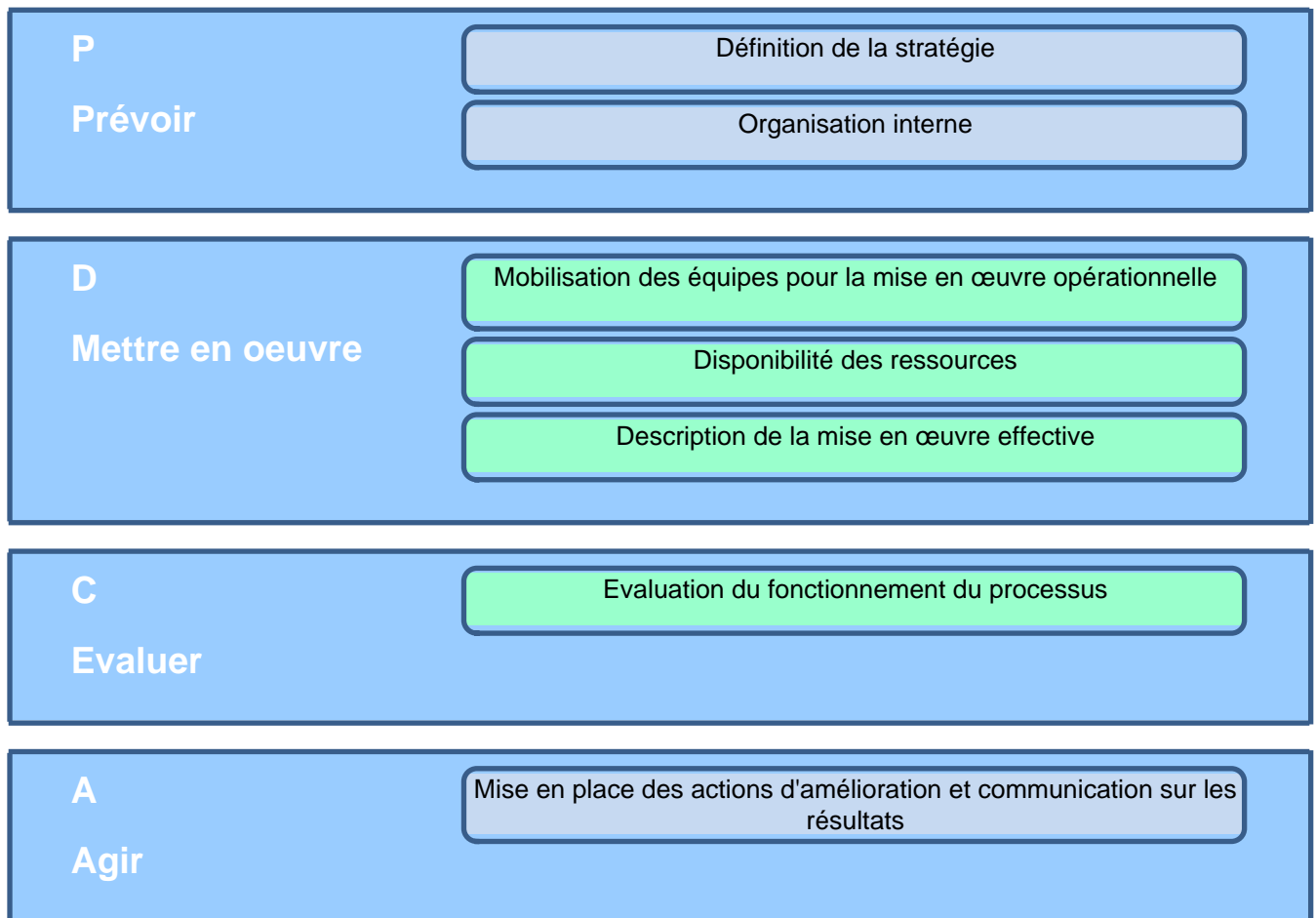
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique du risque infectieux (RI) de la Polyclinique Vauban est inscrite dans l'axe prioritaire de la politique qualité et gestion des risques au sein du projet d'établissement 2016-2020. La direction et le président de la CME se sont engagés dans une démarche d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de lutte contre les EI. Le CLIN a validé la politique du RI et définit un programme d'action annuel. Cette politique est articulée autour de trois axes. Le premier axe est de prévenir en luttant contre la transmission croisée des BMR, de prévenir l'émergence des BMR par une pratique de rationalisation de la prescription des anti-infectieux, de mettre en œuvre une politique de prévention des IAS et de sensibiliser la population aux enjeux de la prévention du RI (journée sécurité patients, diffusion d'indicateurs et de documents d'éducation). Le second axe est de dépister en organisant un système de surveillance continue des BMR ciblées au niveau national et en surveillant les infections associées aux soins (IAS) prioritaires (participation aux réseaux nationaux de surveillance INCISO) et la consommation des antibiotiques (réseau ATB CCLIN Paris-Nord). Le troisième axe est de maîtriser la politique des antibiotiques et le RI.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation et les moyens adaptés sont définis en concertation avec la CME, le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins et l'EOH constituée de l'IDE hygiéniste et les référents hygiène dans les services. L'établissement a recours à un médecin infectiologue à raison de 2 jours par semaine qui est très disponible auprès des prescripteurs. Il est par ailleurs Président du CLIN. Les rôles et responsabilités sont définies dans des fiches de poste pour le médecin et le pharmacien responsables en hygiène, l'IDE hygiéniste et les membres de l'EOH. La formation continue est organisée dans le cadre du plan de formation continue, les formations professionnelles externes en hygiène/infectiologie, les journées de formation trimestrielles organisées par l'IDE hygiéniste. Il est remis un livret au nouvel arrivant avec une information sur l'hygiène. La révision annuelle des cartographies des risques permet de cibler les besoins d'actions à planifier comme les précautions standards et les précautions complémentaires en hygiène. Une organisation mixte (interne et par un prestataire pour les circulations) est mise en place pour assurer les meilleures conditions d'hygiène pour le nettoyage des locaux. Le système documentaire relatif à la maîtrise du RI est intégré dans la GED de la Polyclinique. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. La communication de la politique, du programme et des plans d'actions est réalisée par le CLIN. Les responsables de service et l'EOH font appliquer les procédures et protocoles validés et vérifient le suivi de leur pertinence et leur applicabilité. Le système de signalement des EI permet de détecter les anomalies et de générer les actions d'amélioration correspondantes. Plusieurs EPP sont engagées comme l'évaluation du tri des déchets, l'évaluation du nettoyage des brancards, l'évaluation de la préparation cutanée de l'opéré, la qualité de prescription de l'antibiothérapie en chirurgie propre et contaminée, la qualité de prescription des antibiotiques, la pertinence de l'utilisation du matériel stérile lors de la réfection des pansements d'escarres en SSR et en chirurgie vasculaire, la pertinence des prélèvements bactériologiques cutanés systématiques. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. L'ensemble des résultats et comptes-rendus est consultable par les professionnels dans la GED. La communication est assurée aussi par les réunions d'expression direction et des professionnels de terrain, les réunions mensuelles des services, les débriefings des exercices sur les patients traceurs, le bloc et la chambre des erreurs, le patient fictif (février 2016), les CREX... Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le service des ressources humaines est en charge de l'adéquation des effectifs en fonction de l'activité. Des formations en hygiène d'une demi-journée et à fréquence trimestrielle sont dispensées par l'IDE hygiéniste pour la mise à jour des connaissances. La gestion documentaire est informatisée et le tri par mots clés permet un accès rapide des documents par les professionnels sur leur poste de travail dans le cadre du système QGDR de l'établissement. Il permet de prendre connaissance de l'analyse des EI

(comptes-rendus du COVIRIS, RMM, CREX,...). Les professionnels disposent d'équipements de protection individuels afin de se protéger contre les risques biologiques. Les carnets sanitaires de l'établissement sont tenus à jour par le directeur technique. Des prélèvements d'environnement et un plan d'échantillonnage sont réalisés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les règles définies concernant la réévaluation de l'antibiothérapie sont mises en œuvre par un paramétrage de blocage dans le DPI. La traçabilité dans le dossier patient, de la réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et la 72e heure est effective. La majeure partie des antibiotiques sont à dispensation contrôlée et nominative. Les prélèvements d'environnement (surfaces, eau, air) et le plan d'échantillonnage sont effectués et tracés régulièrement. Un suivi et la traçabilité de l'entretien des endoscopes sont assurés. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sont réalisés à l'aide d'indicateurs. Des évaluations sont réalisées pour l'hygiène des mains à fréquence trimestrielle, l'hygiène des locaux (fréquence semestrielle au bloc, trimestrielle pour les chambres, annuelle pour les brancards), le tri des déchets, les précautions standards et complémentaires, l'antibioprophylaxie chirurgicale, la préparation cutanée de l'opéré, la surveillance microbiologique, les prélèvements eau/air /surface... Des indicateurs nationaux (IQSS) et internes (nombre de professionnels formés dont les nouveaux arrivants), nombre de FEI liés à l'infectiovigilance sont suivis et intégrés dans le tableau de bord de suivi des indicateurs de l'établissement.

A / AGIR

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

En fonction du résultat des évaluations (audits, indicateurs), des actions d'amélioration sont engagées et intégrées dans le PAQSS ou le CQ. Ainsi des actions d'amélioration du bionettoyage au bloc opératoire ont été conduites au cours du dernier trimestre 2016 avec des résultats obtenus probants. De même, des actions sur le port des bijoux pour l'hygiène des mains sur la même période ont permis de constater une progression de conformité. La communication de ces actions correctives est effectuée en CLIN, auprès de l'EOH, réunions de service et des instances concernées.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

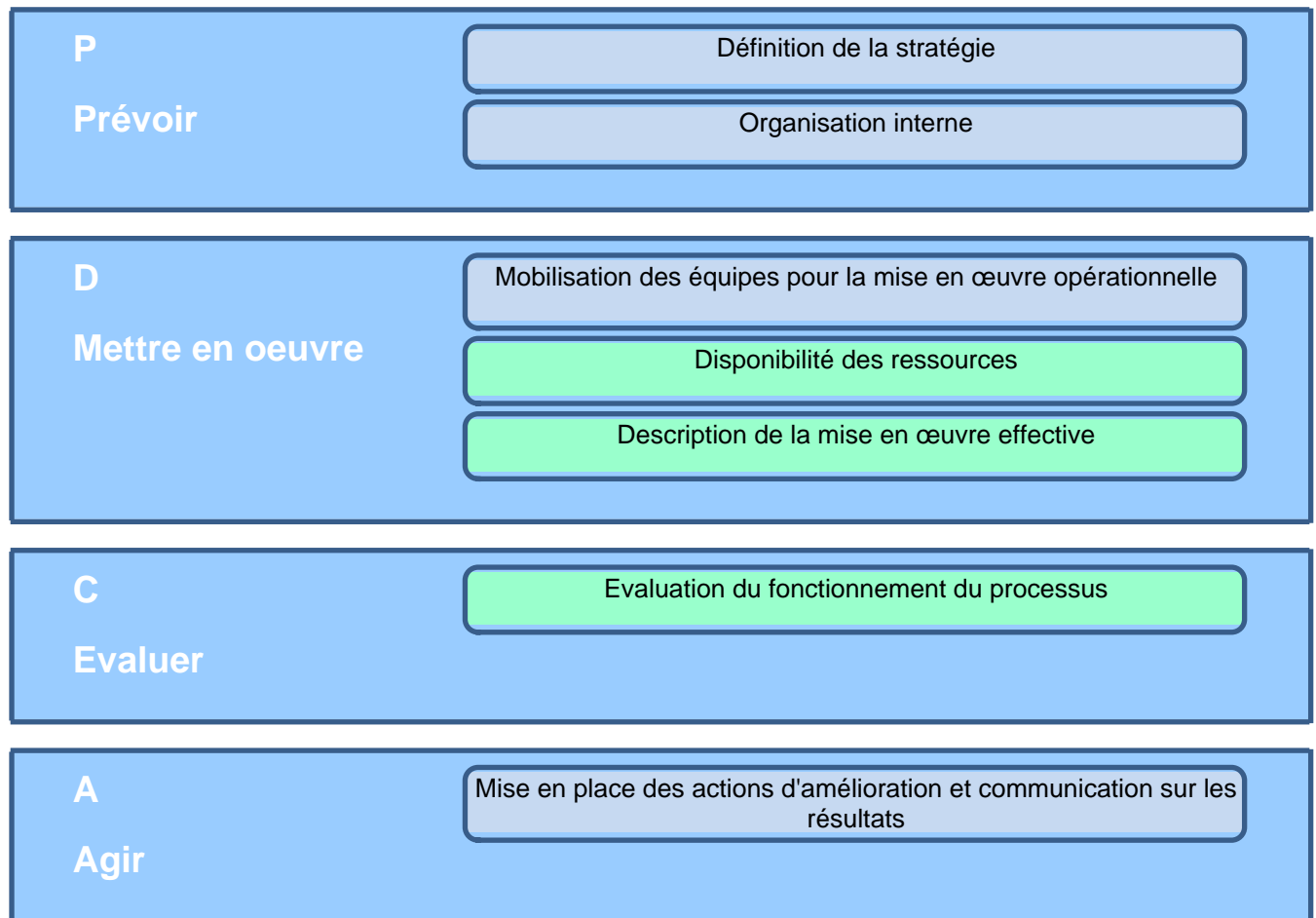
DROITS DES PATIENTS

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

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Le respect des droits du patient est inscrit dans les orientations stratégiques et le projet d'établissement 2016-2020. Cette politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé en six risques principaux :

- Améliorer les connaissances des professionnels en matière de prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance
- Améliorer le respect de la pudeur du patient
- Améliorer l'accompagnement des patients dépendant lors des repas en SSR polyvalents
- Améliorer l'information du patient sur les dommages liés aux soins
- Améliorer le respect de la confidentialité des informations relatives aux patients
- Améliorer le confort des patients

Une charte de la Bientraitance a été réactualisée en décembre 2015.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour assurer le pilotage du processus. Une fiche de mission a été élaborée en septembre 2015. Les rôles et responsabilités sont définis et précisés dans cette fiche de mission. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies dans la procédure « repérages des situations de maltraitance et conduite à tenir ». Cette procédure a été créée le 20 décembre 2011 et réactualisée le 18 novembre 2015. Elle dissocie les maltraitements réalisés en externe et celles réalisées en interne. Elle est accessible à tous les professionnels via la gestion documentaire informatisée. Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient sont identifiées. L'identification de la problématique du respect de la confidentialité résulte de la mise à jour annuelle de la cartographie générale des risques et de la cartographie des risques sur la bientraitance. Cette problématique a fait l'objet d'une action d'amélioration avec la mise en place d'un échancier. Il est précisé dans le livret d'accueil que l'accompagnant peut bénéficier d'hébergement et de restauration à la demande en cas de souhait du patient. Ce livret d'accueil dans l'item « vos engagements et vos droits » rappelle le droit de désigner une personne de confiance, les directives anticipées, la présence d'une commission des relations avec les usagers, une information sur le don d'organes, les droits d'accès au dossier médical et la charte de la personne hospitalisée. La signalétique de l'établissement prend en compte la prise en charge des déficients visuels avec des écritures en braille quand cela le nécessite. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour de la promotion des droits du patient (assistance sociale, psychologue, bénévoles).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est effective. Compte tenu des risques et besoins identifiés, le responsable de service et cadre de santé organise la déclinaison de la démarche institutionnelle au niveau de son service. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues au moyen d'évaluations régulières. A périodicité définie, un audit au moyen d'une grille préétablie intitulée « scorage » comprend des items sur la personne de confiance et la participation ou non à un groupe de travail sur la bienveillance. En février 2016, un audit sur la bienveillance a été réalisé. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc...).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en matériel sont disponibles dans les secteurs d'activité, des rideaux ou paravents dans les chambres à 2 lits sont à disposition des professionnels. Du matériel adapté aux populations spécifiques accueillies est en place, type patient obèse ou patient handicapé. En service de réadaptation cardiologique, une salle est entièrement équipée pour la rééducation des patients ayant des besoins de surveillance cardiaque (reports de monitoring avec enregistrement possible) et aux populations obèses accueillies dans la structure. Concernant les ressources matérielles, l'établissement a adapté ses locaux, les équipements et la signalisation pour répondre aux besoins et attentes des usagers : salons d'attente adaptés, chambre d'hébergement pour les accompagnants dédiée au 3ème étage et la possibilité de positionner des lits accompagnants dans chaque chambre. En secteur de soins palliatifs chaque chambre est équipée de lit accompagnant. Les ressources en compétence sont adaptées. Elles permettent de

répondre aux attentes des personnes prises en charges au delà du seul aspect des soins clinique (bénévoles, représentant des usagers, associations, assistante sociale). Les professionnels sont formés à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance (12 agents en 2014, 10 en 2015), à la démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins (12 agents en 2014), aux droits des patients (14 agents en 2014, 12 agents en 2015), au risque suicidaire et à la fin de vie (Loi Léonetti). Les procédures et recommandations sont disponibles dans la gestion documentaire informatisée. Des documents d'information sont mis à disposition des patients dans le livret d'accueil (désignation d'une personne de confiance, les représentants des usagers, les conditions d'accès au dossier médical, le droit d'accès aux données informatisées, le consentement éclairé, la charte de la personne hospitalisée). Ce livret d'accueil est décliné dans chaque service de soin de façon à correspondre aux besoins des patients. Une présentation du service est systématiquement incluse en début de livret d'accueil.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. L'informatisation du dossier patient et la disponibilité du matériel informatique permettent de tracer en temps réel. Les restrictions de liberté telles que la contention font l'objet d'une fiche spécifique permettant informatiquement la prescription de la mise en place et la réévaluation de la contention. L'entourage du patient est associé dans la mesure du possible au projet personnalisé de soin, principalement en secteur de réadaptation et de soins palliatifs. Dans le but de favoriser l'expression des proches du patient, des salons et salles à manger équipées sont disponibles pour l'entourage notamment en service de soins palliatifs. Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est organisé puisque les professionnels sont sensibilisés à la déconnexion informatique ou fermeture des ordinateurs portables utilisés dans les services de soin pour la gestion du dossier patient. Les professionnels sont vigilants à maintenir fermées les salles de soin afin de préserver la confidentialité des informations relatives au patient. Les horaires de visites sont affichés dans les services et communiqués dans le livret d'accueil. Une organisation des services de soin permet d'adapter aux besoins du patient ces horaires afin de faciliter la présence de l'entourage, notamment en service de soins palliatifs. Une réflexion est en cours sur les horaires de visite en service de soins intensifs post interventionnel afin de correspondre aux attentes et besoins des patients et de l'entourage.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc...). L'établissement suit des indicateurs mensuellement. A travers les questionnaires de sortie, on peut voir qu'en février 2016, 100% des patients étaient satisfaits du respect de l'intimité en secteur d'hospitalisation et 92% en service d'urgence dans lequel des travaux sont en cours de réalisation pour améliorer cette problématique. Il est constaté également qu'à cette même période, 100% des dossiers patients comportent la nomination d'une personne de confiance. Le choix a été fait de réaliser des audits à périodicité définie. L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus. Les représentants des usagers, qui ont été rencontrés, font état de la prise en compte par la direction de l'établissement de leurs remarques ou recommandations recueillies auprès des usagers de l'établissement dans le but d'améliorer les types de prises en charge.

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. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Depuis fin 2015, l'établissement a mis à disposition des patients intégrant un circuit court des pantalons à usage unique permettant de mieux respecter l'intimité de ces patients lors des transferts et transports au sein de l'établissement. La diffusion des règles de transmission et de traçabilité d'information délivrée aux patients en cas de dommages liés aux soins a été révisée en début d'année 2016. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS de l'établissement. Les résultats des évaluations et du suivi des indicateurs ainsi que des actions d'amélioration mises en œuvre sont communiqués aux professionnels lors des réunions de service de soin hebdomadaires.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

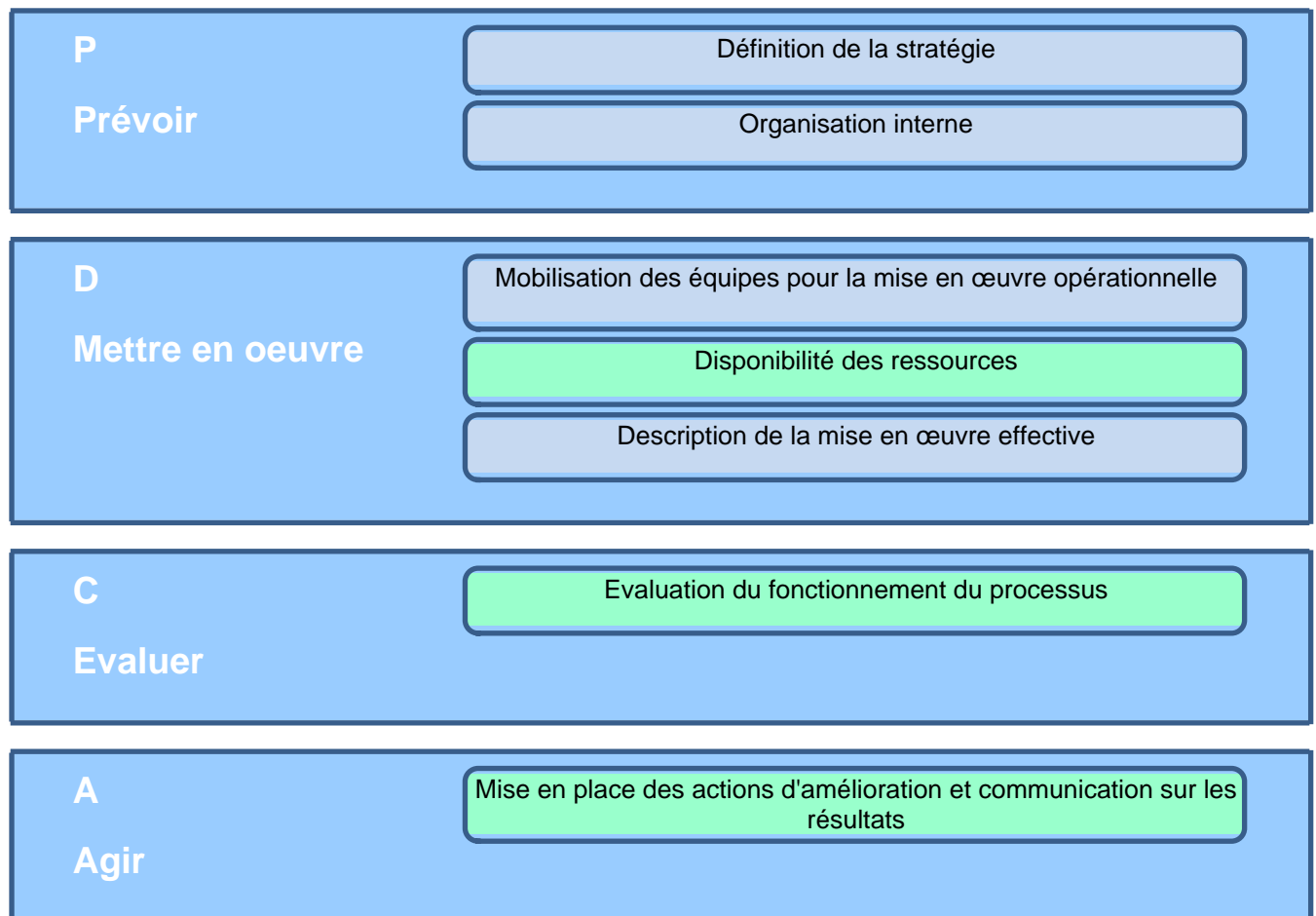
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique de parcours de soins est coordonnée dans l'ensemble de l'établissement. Elle est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et déclinée dans le projet de soin 2016-2020. Ces orientations tiennent compte des besoins de santé de la population définis dans les schémas de planification sanitaire et du territoire. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Le projet de soins priorise l'individualisation de la prise en charge du patient. De l'entrée à la sortie le parcours du patient est coordonné et la transmission nécessaire à la continuité de prise en charge du patient est assurée que ce soit en format papier (dossier d'anesthésie et dialyse avec résultats de laboratoire) ou informatique dans la majorité des cas.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines et dans tous les secteurs de soin, la permanence médicale et paramédicale est assurée. Un système de garde et d'astreinte est organisée au niveau médical, quant aux paramédicaux, des équipes de nuit, le plus souvent en binôme IDE et ASD, sont en place afin d'assurer la continuité des soins. L'accès à la ressource documentaire est facilité par l'accessibilité informatique au sein de tous les services de soins. Le livret d'accueil est remis le jour de la consultation médicale ou à l'entrée du patient. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le dispositif d'accueil pour les personnes se présentant pour une urgence est organisé. Des chartes d'organisation sont en place : charte de bloc, charte médicale, charte de l'unité de chirurgie ambulatoire. Ces chartes permettent de définir les modalités de fonctionnement de façon très structurée. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Le processus du parcours patient a été décliné en 11 cartographies de processus. Les types de prise en charge des processus sont les suivants : SSR, urgences et soin non programmé, dialyse, éducation thérapeutique du patient en obésité, ambulatoire, USIC, médecine, Unité de Repli de Médecine Oncologique, soins palliatifs, unité de Réadaptation Cardio Vasculaire et chirurgie. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus via de l'affichage et des réunions de service mensuelle au sein de chaque service. Tous les jeudis, les cadres de santé et la direction des soins se réunissent, ce qui permet d'échanger sur l'évolution des indicateurs et le suivi des actions d'amélioration. Ce qui permet également à l'encadrement de s'assurer de la conformité des pratiques à périodicité définie via les audits mensuels programmés sur l'année. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin. Des patients traceurs ont été réalisés début 2015, ce qui a permis de définir les actions correctives de l'année. Début 2016, un patient fictif (dont seule la direction était informée) avec l'aide d'une autre structure du groupe d'appartenance de l'établissement a permis de réajuster ces actions pour l'année 2016.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les services de soins sont organisés pour assurer la prise en charge des patients 24h/24. Des gardes et astreintes sont en place en fonction des secteurs concernés et permettent de répondre à toute urgence se présentant au sein de l'établissement. Les services de soins sont tous équipés de matériel d'urgence vitale de type chariot d'urgence. Un double kit de sécurité de matériel d'urgence est positionné en secteur de chirurgie afin de prévoir le cas où deux utilisations simultanées du chariot d'urgence se présenteraient. Les secteurs de soin peuvent faire appel à des compétences internes en termes de prise en charge diététique via la diététicienne, sociale via l'assistance sociale, psychologique par appel du psychologue et de kinésithérapie. Une psychologue est positionnée en secteur de réadaptation cardiovasculaire et un psychologue dans le service de soins palliatifs. De l'éducation thérapeutique est en place sur l'établissement notamment dans le domaine de la prise en charge de l'obésité en pré et post opératoire, en service de soins de suite polyvalent. Les locaux sont adaptés au handicap et permettent une accessibilité dans l'ensemble de l'établissement. Une organisation est en place afin de favoriser l'

accueil de l'entourage du patient, des possibilités d'accueil et de restauration sont possibles sur l'ensemble de l'établissement. Une chambre spécifique dédiée à l'accueil de l'entourage du patient existe au 3ème étage de l'établissement. En service de soins palliatifs, chaque chambre comporte un lit accompagnant. Au sein de ce service, un salon et une salle à manger sont à disposition des familles. Concernant la prise en charge des personnes démunies, le recours à l'assistance sociale de l'établissement est possible et facilite ce type de prise en charge. La présence au sein de l'établissement de diététiciennes, permet d'optimiser la prise en charge des patients relevant de cette prise en charge. Un comité d'éthique dont le président est le médecin coordonnateur du service de soins palliatifs a été créé en 2012 au sein de l'établissement. Des missions avec les objectifs suivant ont été définies : identifier les problèmes éthiques rencontrés dans l'établissement, favoriser la réflexion sur le sens du soin, produire des avis, diffuser des réflexions et recommandations sous forme de protocoles, mener une réflexion en vue d'améliorer la prise en charge de la fin de vie dans l'établissement, élaborer un calendrier et des indicateurs de suivi. Chaque service peut solliciter le groupe afin qu'une problématique soit étudiée.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le manager de chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'action opérationnels. Chaque cadre de santé sensibilise les professionnels aux différents processus par l'affichage et des réunions de service mensuelles. Le processus du parcours patient a été décliné en 11 cartographies de processus connues des professionnels. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et permettent une optimisation du fonctionnement. Par exemple, le logiciel informatique "Trajectoire" est utilisé pour toute demande d'entrée en secteur de soin de suite et réadaptation. L'organisation de la sortie ou le transfert des patients permet en fonction de l'informatisation ou non du service d'accueil de transmettre les informations nécessaires à la continuité de sa prise en charge.

Les organisations internes permettent de faire appel aux compétences spécifiques de l'établissement en cas de besoin (psychologue, diététicienne, assistante sociale, kinésithérapeute, comité d'éthique). Chaque professionnel rencontré connaît l'organisation du service dans lequel il travaille et le recours possible aux compétences spécifiques. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'organisation de la sortie (ou le transfert des patients) est effective et permet en fonction de l'informatisation ou non du service d'accueil de transmettre les informations nécessaires à la continuité de sa prise en charge. Le risque suicidaire est pris en compte dans la prise en charge des patients, notamment lors de la réalisation du bio nettoyage dans les chambres des patients, le professionnel qui le réalise doit cocher sur la feuille de traçabilité la vérification de la fermeture des ouvrants sur l'extérieur de la chambre. Le recours aux psychologues de l'établissement est toujours possible et un psychiatre de la clinique voisine qui appartient au même groupe peut être appelé en cas de besoin. Des chariots d'urgence sont en place et leur vérification est réalisée à périodicité définie soit mensuellement sur l'ensemble de l'établissement. Ceux-ci sont équipés de défibrillateur dont la vérification est réalisée de façon hebdomadaire. L'ensemble de ces vérifications sont tracées sur un support uniformisé dans l'ensemble de l'établissement. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc...). Les professionnels déclarent les événements indésirables sur le document institutionnel informatique. Des indicateurs ont été définis dans les 7 pôles à savoir 6 indicateurs en ambulatoire, 2 dans chacun des autres pôles : chirurgie, soins intensifs, médecine, soins continus, soins de suite et unité de repli de médecine oncologique. Ces indicateurs sont relevés mensuellement.

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. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. Un audit intitulé « scorage » est réalisé à périodicité définie au même moment sur l'ensemble des services de l'établissement par les professionnels des services proches afin de garder une objectivité. Cette grille d'audit comporte 5 items : pharmacie, dossier patient, service, logistique et qualité. Un pourcentage est obtenu par item. Les résultats sont communiqués à l'ensemble des services de l'établissement avec des objectifs d'amélioration. Le livret d'accueil est remis au patient dès la consultation afin qu'il ait le temps de le lire et éventuellement de poser des questions à son arrivée lorsqu'il s'agit d'une entrée

programmée. Des bénévoles interviennent au sein de l'établissement : l'association EMERA, EXPERF, club cœur et santé, les amis de l'unité de soins palliatifs. Un service permettant le recours à des représentants des différents cultes est en place. Sur demande, les représentants peuvent être appelés.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

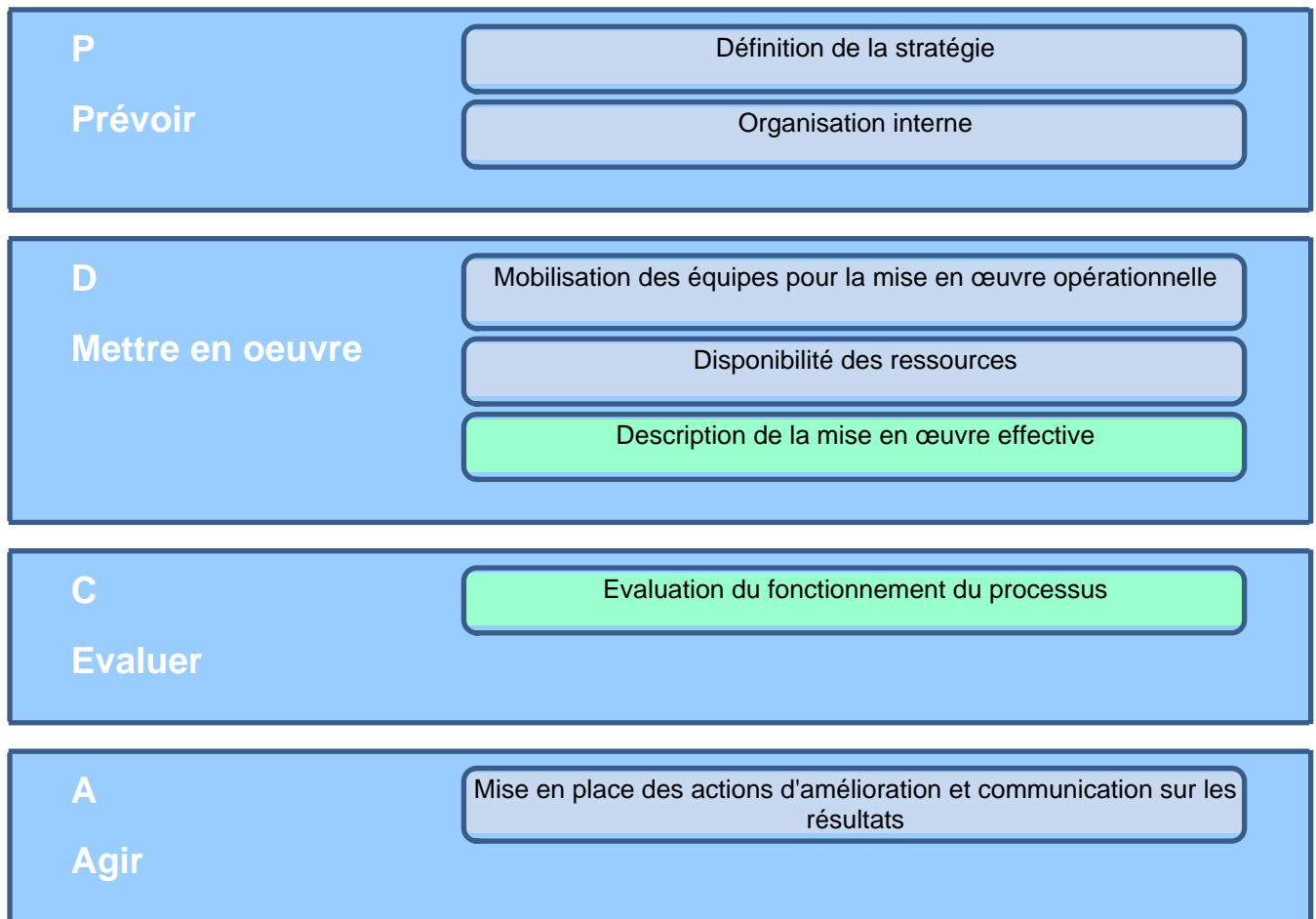
DOSSIER PATIENT

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

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Le déploiement de l'informatisation du dossier patient a débuté en juin 2011 et a intégré les urgences en juin 2014 ainsi que le service de dialyse en octobre 2015. La politique de gestion du DPI est intégrée dans la politique qualité, sécurité des soins suivant les orientations stratégiques du la Polyclinique et son projet de système d'information. Une politique de sécurité des accès est définie et les modes dégradés ont été évalués dans le cadre du plan de retour d'activité en cas de dysfonctionnement du système d'information après avoir réalisé des exercices de simulation de pannes. L'établissement garde ses archives du dossier patient pendant trois ans et sous traite l'archivage des dossiers antérieurs avec un prestataire. Les principaux risques du processus « dossier patient » ont été identifiés et priorisés dans le Compte Qualité et font l'objet d'un plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

Le pilotage du processus « dossier patient » est assuré par la Commission dossier patient qui est composée du médecin DIM, de la responsable de l'information médicale, du responsable du système d'information, du responsable administratif et financier, d'une IDE référent métier, de la responsable de la régulation référent métier, du pharmacien, de l'archiviste, de la responsable qualité et gestion des risques ou assistante qualité, de la responsable du service de médecine, d'invités selon l'ordre du jour. Cette commission se réunit à fréquence trimestrielle et plus si besoin. Elle travaille en lien avec les autres instances concernées dont la CME. Pour cette certification HAS, le pilote de l'audit de processus est assuré par la responsable du service de médecine et le copilote est le médecin anesthésiste gestionnaire des risques associés aux soins. L'organisation opérationnelle repose sur deux IDE détachées à mi-temps (soit l'équivalent d'un ETP) pour déployer le DPI, en assurer le suivi et son évolution et assurer la communication avec les utilisateurs. Les IDE référents transmissions ciblées (TC) sont devenues référents DPI/TC au sein de chaque service. Une organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès est définie. L'information est donnée dans le livret d'accueil. Le médecin DIM est chargé de délivrer le dossier et l'assistante de direction est chargée du respect des délais de transmission du dossier. Les règles de gestion du dossier patient informatisé (DPI) sont formalisées dans une charte du dossier patient et diffusées dans la gestion documentaire (GED).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La polyclinique a déployé le DPI dans tous les secteurs d'hospitalisation (médecine, chirurgie, SSR, urgences) afin de permettre la communication en temps réel du dossier entre l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge et avec les correspondants externes. Les deux IDE référents sont chargés du déploiement opérationnel interne. Les professionnels ont été sollicités pour l'identification des risques et le choix des plans d'actions prioritaires lors des réunions de service par l'encadrement. Des audits réguliers du dossier patient (cinq dossiers par mois) sont réalisés sur chacun des plateaux d'hospitalisation. D'autres indicateurs tels que les déclarations d'EI, RMM, CREX sont utilisés. Les professionnels sont informés des résultats. Des actions correctives associant les professionnels sont conduites comme le rajout d'un onglet bloc/services dans le DPI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont suffisants pour l'activité. Des formations internes régulières sont organisées afin d'assurer la traçabilité des éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge du patient. Les nouveaux arrivants sont formés à l'utilisation du DPI dans le cadre du « passeport terrain » et leurs pratiques sont évaluées par l'encadrement pour le personnel paramédical et par le médecin coordonnateur des risques associés aux soins pour les praticiens. Les documents utiles à l'utilisation du DPI sont disponibles dans la GED. Des guides pratiques d'utilisation par profil « livrets » ont été créés. Les comptes rendus de la Commission DPI, les synthèses des patients traceurs, les CREX, les comptes rendus sur les chambres d'erreurs sont également intégrés dans la GED. La communication et l'accès au dossier du patient sont assurés par le médecin DIM.

Les locaux en particulier les infirmeries sont adaptés et entretenus pour la réalisation de l'activité. Les outils informatiques sont disponibles en nombre suffisant et de telle manière que chaque professionnel dispose d'un ordinateur. Les supports sont adaptés à l'activité de chaque professionnel : le chariot de soins infirmiers comporte un tiroir coulissant intégrant l'ordinateur portable, un support roulant et à hauteur variable facilite le déplacement de l'ordinateur portable pour l'aide-soignant et le médecin, deux ordinateurs sont installés dans chaque salle d'intervention du bloc opératoire. L'entretien et la

maintenance sont assurés par le service informatique et par le service technique. Le logiciel du DPI est installé sur tous les postes informatiques dans tous les secteurs sauf en dialyse qui possède un applicatif spécifique. Celui-ci est installé sur tous les postes de dialyse et sur un ordinateur fixe en médecine.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le dossier du patient est alimenté de son entrée jusqu'à sa sortie. La charte du dossier patient est appliquée par les professionnels dans tous les services. Les circuits qui ont été définis sont respectés et sécurisés. Les interfaces du DPI avec les cabinets médicaux, l'applicatif de la dialyse, l'applicatif de la consultation d'anesthésie et le traitement personnel, l'applicatif de gestion des commandes des repas, les comptes rendus d'imagerie et les résultats de biologie sont opérationnelles. L'interface du DPI avec le bloc opératoire pour la surveillance per et post opératoire du patient au bloc et en SSPI est en cours de choix au niveau du Groupe auquel appartient la Polyclinique Vauban. L'interface de transmission des résultats de biologie avec l'applicatif de la dialyse est également programmée dans les prochains mois. Il demeure une interface à définir au niveau de la transmission des résultats du laboratoire d'anapathologie. Les instances Commission du dossier patient (fréquence trimestrielle), COVIRIS (fréquence bihebdomadaire), CME (fréquence mensuelle pour le bureau) sont opérationnelles. Il existe des comptes-rendus qui sont diffusés suivant les modalités définies par chaque instance.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement organise des actions d'évaluation du dossier patient en recueillant les indicateurs IQSS, les RMM, le suivi du nombre de FEI sur la thématique du dossier patient, le taux de personnes formées au DPI et à l'applicatif de la dialyse. Il réalise régulièrement des audits sur la tenue du dossier patient. Les indicateurs « nombre de mise en œuvre de la procédure mode dégradé » (fréquence mensuelle), « nombre de EI » (fréquence mensuelle) du dossier patient ainsi que les indicateurs « nombre de demande de dossiers » (fréquence trimestrielle), de « délai d'envoi du dossier patient de moins de 5 ans et de plus de 5 ans » (fréquence trimestrielle) sont intégrés dans le tableau de bord des indicateurs de l'établissement par le service qualité. Les plans d'actions prioritaires sur le dossier patient dans le Compte Qualité ainsi que ceux du PAQSS sont suivis par la Commission DPI et le COVIRIS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en œuvre dans le PAQSS et dans le CQ suivant les différentes évaluations réalisées. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration. La communication et la diffusion des résultats et actions d'amélioration sont assurées par l'encadrement et disponibles dans la GED ainsi qu'au niveau des instances dont la CRU.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

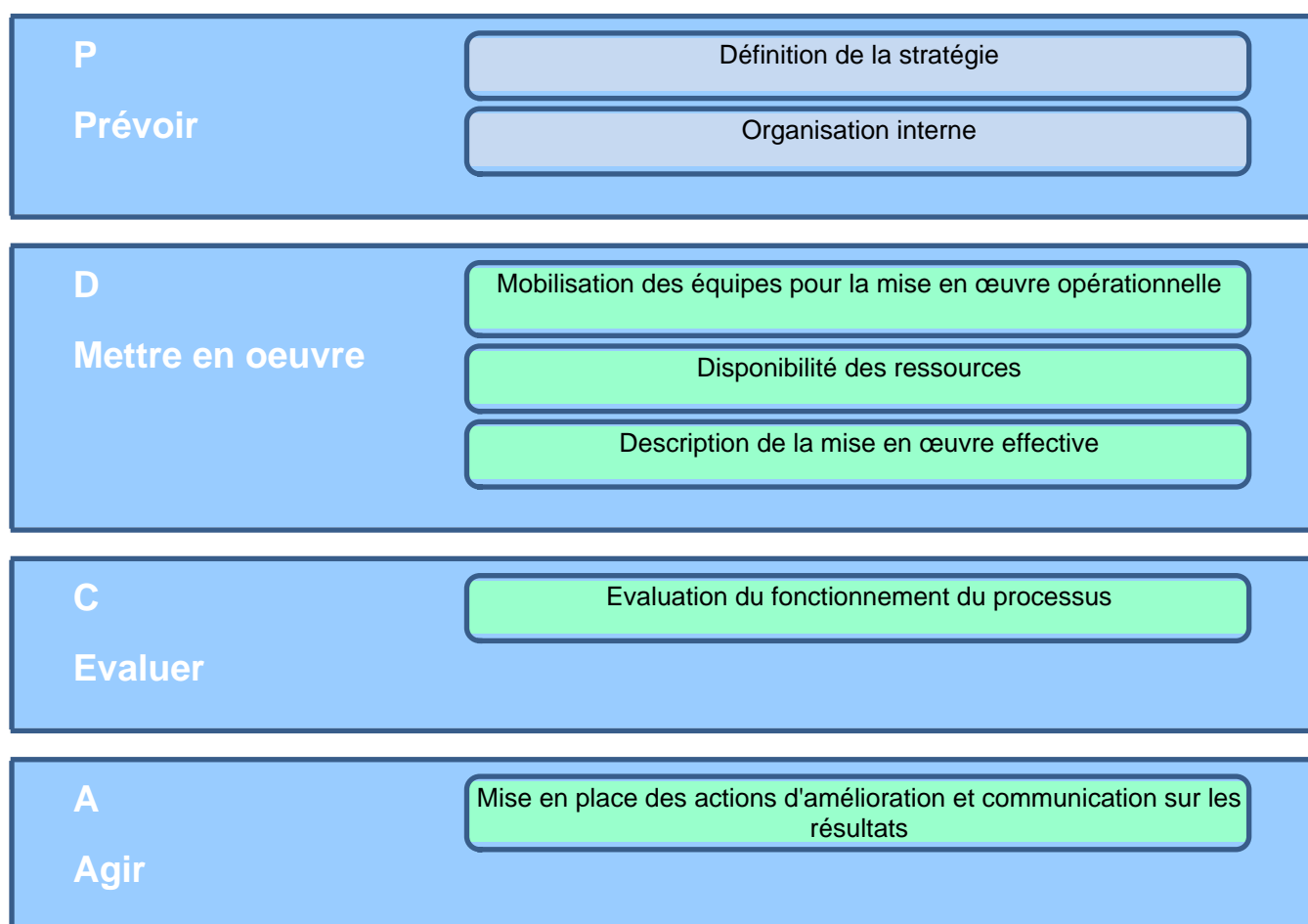
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La polyclinique Vauban a établi ses axes de travail pour la qualité et la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse. Ils sont définis dans le projet qualité institutionnel 2016-2020 et intègrent ses objectifs opérationnels prioritaires, tout particulièrement en terme de sécurisation de chaque étape du circuit du médicament, de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé, d'intégration de la gestion des vigilances dans le système qualité de l'établissement, d'amélioration de l'efficacité médico-économique des stocks et des consommations de médicaments au sein de l'établissement, tout en développant des démarches innovantes et de recherche dans ce domaine. L'analyse des risques a priori pour cette thématique a été réalisée par une approche processus selon une méthodologie validée basée sur une méthode reconnue de façon pluriprofessionnelle. La définition et la priorisation des actions d'amélioration ainsi définies sont intégrées au Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) institutionnel. Cette stratégie et les plans d'action qui s'y rattachent ont été élaborés et validés en COMEDIMS, présentés et approuvés par les instances de l'établissement, direction, CME. Une politique spécifique de prise en charge des risques médicamenteux chez le sujet âgé pour prévenir le risque iatrogénique est formalisée et déclinée dans les services.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions et de ses risques ainsi identifiés, la Polyclinique Vauban prévoit ses ressources humaines et matérielles nécessaires à l'organisation de ce processus. Le pharmacien est le responsable du système de management de la prise en charge pharmaceutique. Son rôle est identifié et ses tâches sont précisées dans une lettre de mission de la direction. La permanence pharmaceutique est organisée de façon à assurer la sécurisation de la dispensation pharmaceutique en dehors des heures de présence pharmaceutique. Le COVIRIS, le COPIL qualité et le Coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (médecin anesthésiste) prennent en compte la prise en charge médicamenteuse du patient dans un système de management intégré. Le Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (COMEDIMS) est opérationnel et s'est réuni trois fois en 2015. L'organisation du management de la prise en charge médicamenteuse et du circuit du médicament est élaborée et formalisée. Le système documentaire est établi sur la base d'un manuel qualité prévoyant les procédures, protocoles, modes opératoires et autres documents organisationnels nécessaires. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les pilotes de la prise en charge médicamenteuse et le management de chaque secteur organisent la déclinaison de cette démarche sur le terrain. Des soignants référents "pharmacie" dans les services sont désignés pour relayer les actions entreprises, leur rôle est formalisé dans des fiches de fonction. Le secteur pharmacie élabore sa stratégie de communication auprès des salariés de l'établissement sur son programme d'action et sur les résultats des indicateurs. Les responsables des secteurs d'activité sensibilisent les professionnels de chaque secteur sur les risques identifiés ainsi que sur les résultats des évaluations (information directe dans les unités, intranet de gestion documentaire). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La PUI de l'établissement est située dans un local sécurisé situé au sous sol de l'établissement. Elle est gérée par un pharmacien temps plein, secondé par une pharmacienne vacataire pour la validation pharmaceutique des traitements et trois préparatrices. La gestion et le rangement des stocks de médicaments et de dispositifs médicaux est assurée par les préparatrices en pharmacie. L'informatisation du circuit du médicament est complète, opérationnelle et maîtrisée par les professionnels. Elle permet d'assurer une analyse pharmaceutique des traitements et de sécuriser la prescription et l'administration des médicaments. La continuité du traitement médicamenteux du patient est assurée jusqu'à sa sortie grâce au dossier patient informatisé en place. Le dispositif de gestion documentaire comporte les documents nécessaires à l'information des professionnels sur le bon usage du médicament, en particulier pour l'usage des antibiotiques. Un manuel qualité regroupe l'ensemble des procédures et protocoles nécessaires à la sécurisation du circuit du médicament. Il est validé et a été communiqué à la CME.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les différents secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre la déclinaison des objectifs opérationnels définis et portés par les pharmaciens et les responsables des secteurs d'activité avec

l'appui du service qualité. Les différentes étapes du processus "prise en charge médicamenteuse du patient" sont définies et mises en œuvre (dispensation, prescription, administration) dans l'ensemble des secteurs d'activité. Les circuits d'approvisionnement en médicaments sont sécurisés dans des boîtes hermétiques scellées (pharmacie, unité de soins pendant les heures d'ouverture de la pharmacie). La continuité de la chaîne du froid est assurée (surveillance des températures des réfrigérateurs, report d'alarme). Les modalités de gestion du traitement personnel des patients sont définies et mises en œuvre : premières réflexions lors de la consultation d'anesthésie, validation pharmaceutique pour tous les entrants grâce au dossier patient informatisé intégralement interfacé entre tous les services, y compris les urgences, la pharmacie et les cabinets des intervenants libéraux. Les champs bloquants facilitent la réflexion sur la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie. Le système de déclaration des événements indésirables est opérationnel et il est connu des professionnels. La traçabilité de l'administration des médicaments se fait en temps réel par les infirmières. Elle est intégrée au plan de soins grâce au support informatique unique de prescription. La non administration est tracée, le patient est informé sur la nature et la finalité des médicaments administrés. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés. Il suit les résultats des indicateurs découlant du contrat du bon usage du médicament. Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses est organisé avec les professionnels concernés par le système de signalement des EI. Cette analyse se fait avec une méthodologie donnée à périodicité définie avec les "CREX médicament".

A / AGIR

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

Les actions issues des analyses des risques ainsi identifiées sont mises en œuvre et sont intégrées dans le PAQSS. La pharmacovigilance est en place, les alertes descendantes et ascendantes sont prises en compte. Les actions sont communiquées auprès des salariés de l'établissement : information orales dans les services, messagerie interne et en CME.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

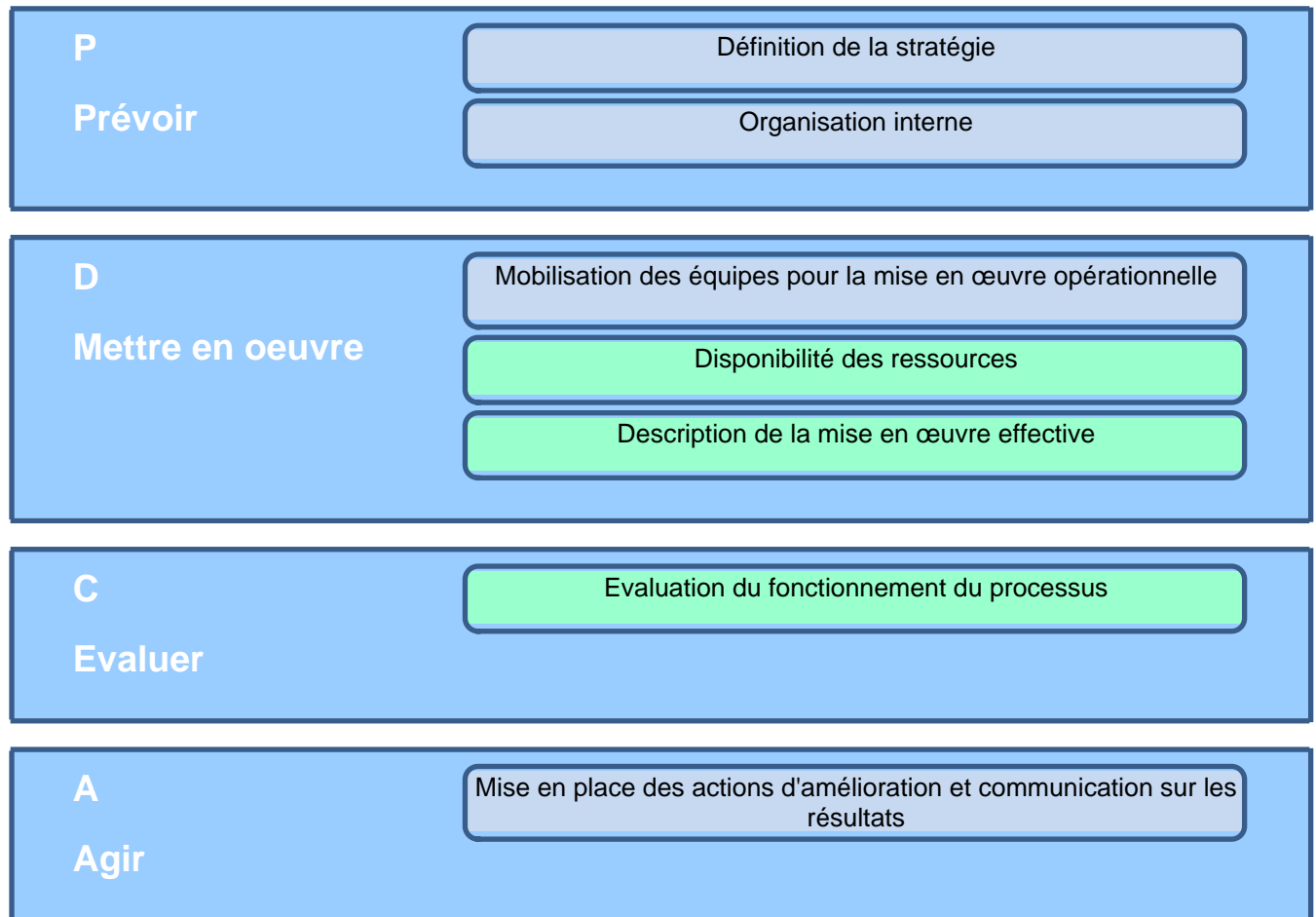
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. L'accès au service des urgences de la Polyclinique Vauban se fait par une zone dédiée avec une signalétique interne et externe adaptées. L'accès de nuit est sécurisé par un système de vidéo surveillance. Le service dispose d'une zone d'accueil administratif et de pré accueil soignant, la salle d'attente est attenante, sous contrôle visuel direct. Les circuits de prise en charge, selon la pathologie et le degré d'urgence, sont définis et organisés (patients couchés, salle de décochage, ambulatoire, soins externes). L'unité d'UHCD est attenante et bénéficie de la même organisation médico-soignante.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi son organisation pour piloter le processus "prise en charge des urgences et soins non programmé". Les rôles et responsabilités de chacun sont identifiés et formalisés : une responsable des soins est en charge de ce secteur et un médecin urgentiste. Au regard de ses besoins et risques identifiés la Polyclinique Vauban prévoit les ressources humaines nécessaires au bon fonctionnement de ce secteur en terme de secrétaire, d'infirmière d'accueil et d'orientation. Deux médecins sont présents en permanence. Des conventions en terme de complémentarité de prise en charge sont établies avec les établissements du territoire. Elles sont connues des professionnels du secteur, y compris pour la psychiatrie. Le service a identifié les moyens matériels nécessaires à la prise en charge des patients : les salles d'examen et de soins sont équipées de fluides médicaux, d'appareil de surveillance des constantes et des dispositifs d'aspiration, de chariot d'urgence et d'alarme. Le dossier patient informatisé commun à tout l'établissement et aux cabinets libéraux facilite les interfaces nécessaires pour prendre en charge les patients aux urgences. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et de ses besoins, le management du secteur d'activité "urgences, soins non programmés" organise la déclinaison de la démarche qualité sécurité des soins en termes d'objectifs avec des plans d'action gérés en mode projet. La responsable de l'unité est en charge du fonctionnement et de l'organisation du secteur. Elle s'assure de la conformité des pratiques soignantes. Les ressources humaines allouées permettent d'assurer la continuité des soins, y compris médicale. Des réunions de service sont organisées à intervalle régulier en vue d'échanger sur les problématiques rencontrées et sur les actions correctrices et d'amélioration définies. Les professionnels se sont approprié les objectifs et plans d'actions. Les professionnels participent aux CREX/RMM et EPP.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, matériel, documentation nécessaire à la prise en charge des patients dans le secteur des urgences sont disponibles. Deux médecins urgentistes sur place, une Infirmière d'Accueil et d'Orientation, et une secrétaire pendant la journée constituent les effectifs pour la prise en charge. Compte tenu du développement de son activité, des travaux sont en cours d'achèvement pour adapter l'architecture des locaux aux besoins et il est retenu le projet d'installation d'une vidéo surveillance de la salle d'attente qui sera visible par l'IAO. Une infirmière "coordinatrice des lits" dispose d'un logiciel lui permettant de connaître en temps réel les disponibilités en matière de lits dans l'établissement et des précisions d'hospitalisation en provenance des cabinets libéraux. La secrétaire d'accueil des urgences dispose de ces informations permettant ainsi de réguler les éventuelles hospitalisations. Les procédures et les protocoles relatifs à la prise en charge des urgences et des soins non programmés sont à disposition des professionnels du secteur par l'intermédiaire de la gestion documentaire, accessible à partir des postes informatiques du service.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge des patients s'effectue selon des circuits définis et formalisés selon le degré d'urgence : pour les détresses vitales il existe une salle de décochage équipée, un autre circuit est défini pour les patients couchés tout comme pour les urgences fonctionnelles. L'accès au plateau technique, biologie, imagerie est organisé et opérationnel. En cas de besoin le recours aux spécialistes de l'établissement est structuré. Les prises en charge spécialisées extérieures à l'établissement (psychiatrie, gériatrie, neuro-chirurgie, pédiatrie, obstétrique,...) éventuellement nécessaires sont formalisées et connues des acteurs

du territoire de santé. Une organisation spécifique pour prendre en charge les soins non programmés directement dans les secteurs de soins est définie en particulier l'accès au plateau technique d'imagerie cardiologique interventionnelle. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a mis en place un dispositif structuré d'évaluation et de suivi de ses indicateurs qualitatifs et quantitatifs nécessaires pour suivre son activité d'urgence, soins non programmés : nombre de passages, origine géographique des patients, suivi du délai d'attente des patients. La déclaration et l'analyse des événements indésirables survenant dans ce secteur se fait avec l'applicatif mis en place dans l'établissement.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite à l'analyse des résultats des valeurs des indicateurs recueillis et des événements indésirables déclarés. Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les résultats sont restitués aux équipes lors des réunions de services et sont accessibles sur l'intranet de l'établissement. Une restitution est également faite en CME. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont articulées au sein du dispositif institutionnel. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

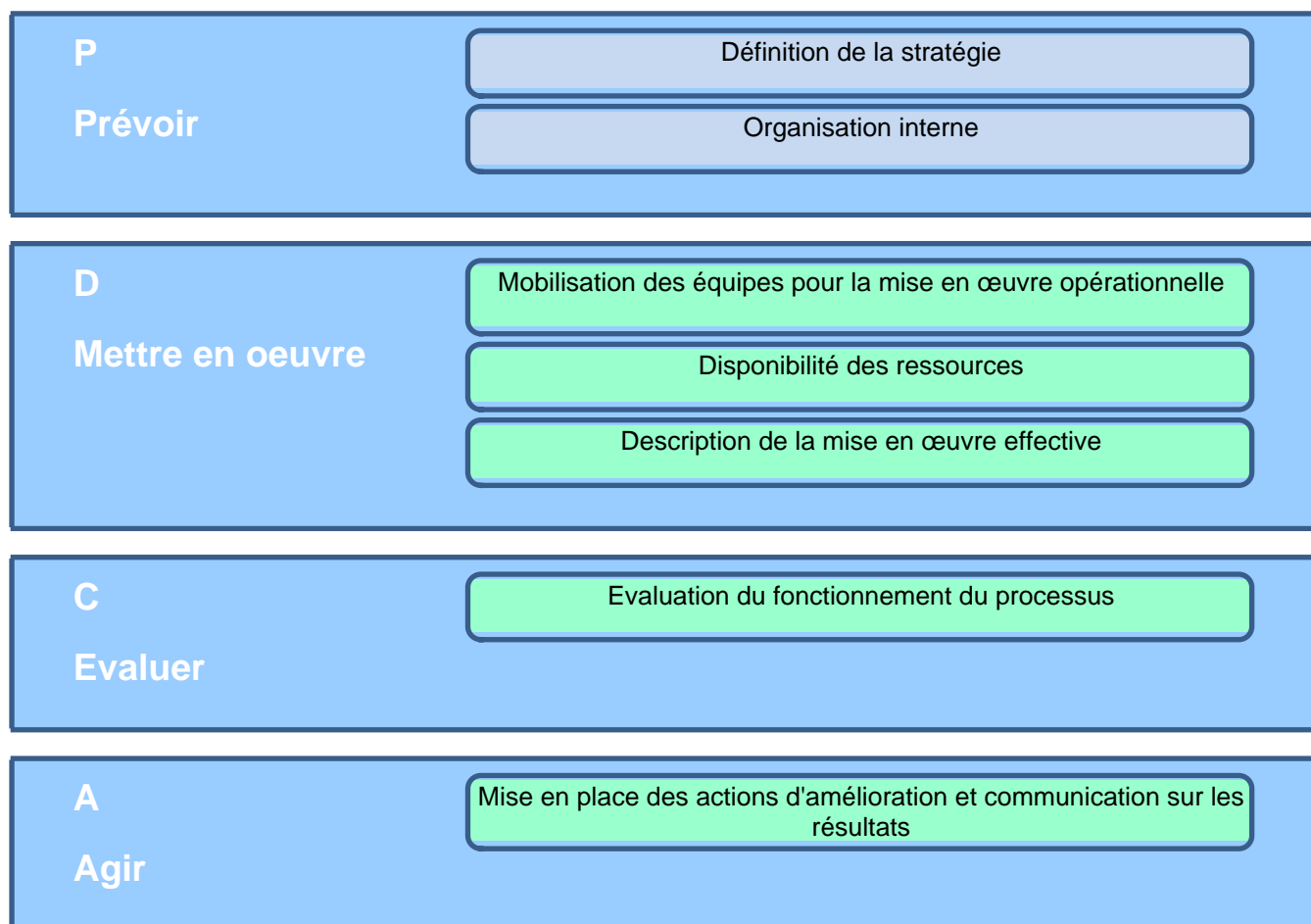
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le secteur opératoire de la Polyclinique Vauban se compose de 11 salles d'intervention dont une dédiée à l'endoscopie digestive avec anesthésie. La salle de Soins Post Interventionnel (SSPI) comporte 19 postes de surveillance équipés de matériel adapté avec du personnel infirmier formé à ce type de prise en charge. La politique de gestion des blocs opératoires est définie dans une charte de bloc qui décrit l'organisation et le fonctionnement du plateau technique de la Polyclinique VAUBAN. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques au niveau du bloc opératoires et de la SSPI par une approche globale d'analyse parcours patient ce qui a permis d'établir une cartographie des risques avec les plans d'action qui s'y rattachent. Cette analyse a porté sur les risques induits par ce processus (management, support interventionnel), sur les risques liés aux prises en charge spécifiques et sur les différents circuits. Cette cartographie est formalisée et intègre l'évaluation de la criticité et l'analyse du niveau de maîtrise selon une méthodologie définie. Les objectifs d'atténuation des risques sont identifiés. Ceux-ci sont intégrés au plan d'action institutionnel (PAQSS) et versés pour certains au Compte Qualité. Des plans d'action qui en découlent sont priorisés et déclinés en mode projet. Les orientations stratégiques de l'établissement intègrent pleinement le fonctionnement et le développement de ce secteur.

ORGANISATION INTERNE

L'activité opératoire est régulée par un conseil de bloc pluriprofessionnel (chirurgien, cardiologues interventionnels, anesthésiste, responsable soignant du secteur) qui a élaboré et validé les règles de fonctionnement de ce secteur. Une charte " médicale ", validée par la CME, reprend les règles de fonctionnement et de comportement exigées par l'établissement. Le management opérationnel est assuré par un comité de coordination qui associe la responsable des plateaux techniques, des référents infirmiers par type d'activité dont une IDE régulatrice, un médecin anesthésiste et un chirurgien. Il contribue à élaborer le programme opératoire de la semaine à venir. Les ajustements éventuels en termes d'intégration des urgences au programme opératoire ou de dysfonctionnement sont régulés par cette instance. L'activité ambulatoire est définie par un règlement intérieur spécifique. Les responsabilités des professionnels salariés de l'établissement sont définies et formalisées. Leur formation à cette activité est organisée. La matériovigilance est organisée tout comme la maintenance curative et préventive. En cas de panne des solutions dégradées peuvent être mise en œuvre. Le dossier patient informatisé, sauf sa partie anesthésique qui demeure sous forme papier (projet d'informatisation en cours de décision), permet d'assurer l'exhaustivité des informations nécessaires à la prise en charge au bloc opératoire et la coordination avec les services de soins. La définition et la mise en place des circuits patients sont effectives en secteur opératoire. Ces circuits ainsi définis (professionnels, patients, matériel, linge, déchets) sont formalisés. La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance (qualification opérationnelle des salles d'opération). Les circuits de gestion et de traitement des dispositifs médicaux stérilisables et implantables définitivement sont définis. Des dispositifs de contrôle de l'organisation (ouverture de salle, check-list, fonctionnement de la SSPI) sont en place. L'élaboration du programme opératoire est soumis à l'adéquation des ressources humaines et matérielles et fait l'objet de réajustements nécessaires si besoin (urgences). Les prises en charges spécifiques sont organisées si nécessaires (enfants,...). La gestion documentaire est organisée, disponible et accessible à tous les professionnels le logiciel de gestion de la qualité de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Le système de recueil et d'analyse des événements indésirables survenant dans ce secteur est intégré au dispositif général de l'établissement. L'analyse de ces événements est assurée collectivement par la responsable des plateaux techniques et les acteurs médicaux et para médicaux impliqués. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'adéquation des compétences aux besoins du secteur opératoire est recherché notamment par un dispositif d'intégration des nouveaux arrivants, le recours à l'intérim dans ce secteur est évité. Les besoins en formation sont recherchés, l'établissement en tient compte dans l'élaboration de son programme de formation. Les informations relatives aux différentes étapes de la prise en charge du

patient (données des consultations chirurgicale et anesthésique, unité de soins, pré opératoire, au bloc, SSPI, sont collationnées dans le dossier patient informatisé. Les pratiques professionnelles s'appuient sur des documents actualisés et disponibles précisant les organisations et les attendus. Les documents réglementaires d'enregistrement des actes de prise en charge tout au long du processus sont disponibles (ouverture et contrôle des salles d'opération, check-list, document de suivi de la prise en charge en SSPI). 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. La gestion des DMI, des ancillaires et des consommables à usage unique est assurée conjointement par le bloc opératoire et la pharmacie. L'utilisation de la fluoroscopie opératoire est courante. La radioprotection pour le secteur opératoire est organisée : personne compétente en radioprotection désignée, formée, connue des professionnels. Elle assure des formations sur ce thème aux salariés de ce secteur. Le zonage est défini, la dosimétrie opérationnelle et passive est en place. La gestion des interfaces avec la médecine du travail est effective. L'accessibilité des appels malades est peu commode pour les patients en UCA. Lors du passage des EV en service de chirurgie ambulatoire, il a été constaté que dans les chambres double, il n'y avait qu'un seul système d'appel malade. De même, dans les secteurs de lits brancards de 6 places séparées par des cloisons fixes, seuls 4 systèmes d'appels malades sont en place. Afin de pallier à cette problématique, l'établissement dit ne pas mettre en priorité les patients nécessitant le recours à une tierce personne. Cependant cette organisation ne permet pas de sécuriser l'utilisation de l'appel malade de façon individuelle.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en place des circuits est effective (enfant, ambulatoire, urgence). Les circuits des professionnels, du matériel, du linge, des déchets sont formalisés et mis en œuvre. La maîtrise environnementale fait l'objet d'une surveillance en ce qui concerne la qualification des salles d'opérations. Les circuits de gestion et de traitement des dispositifs médicaux stérilisables et des dispositifs médicaux implantables sont définis et mis en œuvre. Les contrôles de l'organisation (ouverture de salle, check-list) sont mises en œuvre. La planification opératoire est mise en œuvre avec un outil informatique interfacé avec le système d'information de l'établissement. Le programme est réajusté en cas de besoin. La SSPI est équipée d'un chariot d'urgence entretenu. Il existe une alarme "coup de poing". Des kits "intubation difficile", "allergie au latex" sont disponibles. La gestion de la traçabilité des DMI est effective (dossier patient, bloc, pharmacie). Cependant, la traçabilité des contrôles de sécurité anesthésique avant l'ouverture des salles n'est pas exhaustive. Lors de la vérification terrain au bloc opératoire, y compris pour les salles de radiologie interventionnelle, il a été constaté que sur les cahiers d'ouverture de salle la colonne réservée à l'anesthésie était signée (MAR, IADE) sans que les items relatifs à la vérification individuelle de chaque appareil soit explicitement cochés. La planification opératoire est mise en œuvre avec l'outil informatique interfacé avec le système d'information global de l'établissement. La régulation est assurée par l'encadrement du bloc et les médecins concernés. La prise en charge des patients en SSPI est organisée et effective : les actes de préservation de la dignité et de l'intimité du patient sont assurés. La surveillance et les traitements sont tracés informatiquement en temps réel. La surveillance clinique est effective, le départ de SSPI est organisé, validé par le médecin anesthésiste. Le transfert des patients entre le bloc et les secteurs d'activités est sécurisé. Les observations réalisées lors des patients traceurs confirment les éléments recueillis au cours de l'audit de processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement s'est engagé dans une dynamique d'évaluation des pratiques professionnelles et d'audits basée sur ses principaux risques identifiés. Des RMM sont organisées en cas de besoin. Le recueil, l'évaluation et le suivi des IQSS applicables en secteur opératoire, en particulier la valeur de l'indicateur DAN, sont assurés régulièrement. Des actions correctrices en vue d'améliorer les scores sont définies et mises en œuvre.

A / AGIR

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

L'établissement a identifié ses risques principaux et établi des plans d'actions en vue de leur atténuation. Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le PAQSS. La communication sur les résultats des évaluations et des actions conduites se fait par la GED, par information directe des salariés dans les secteurs concernés et à la CME.

c. Tableau des écarts relevés

Sous étape de la thématique	Qualification	Ecart /preuve(s)	Critère V2010
D / Disponibilité des ressources	PS	<p>L'accessibilité des appels malades est peu commode pour les patients en Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA). Le rapport de la visite de conformité de l'ARS du service de chirurgie ambulatoire, daté du 1er décembre 2015 stipule qu'il existe un système d'appel avec centralisation ainsi qu'une rampe technique avec prises de vide et d'oxygène, d'éclairage et d'appel infirmier. Cependant, lors du passage des EV en service de chirurgie ambulatoire, il a été constaté que dans les chambres double, il n'y avait qu'un seul système d'appel malade. De même, dans les secteurs de lits brancards de 6 places séparées par des cloisons fixes, seuls 4 systèmes d'appels malades sont en place. Afin de pallier à cette problématique, l'établissement dit ne pas mettre en priorité les patients nécessitant le recours à une tierce personne. Cependant cette organisation ne permet pas de sécuriser l'utilisation de l'appel malade de façon individuelle.</p>	26a
D / Description de la mise en œuvre effective	PS	<p>La traçabilité des contrôles de sécurité anesthésique avant l'ouverture des salles n'est pas exhaustive. Lors de la vérification terrain au bloc opératoire, y compris pour les salles de radiologie interventionnelle, les experts visiteurs ont pu constater que sur les cahiers d'ouverture de salle, la colonne réservée à l'anesthésie était signée (MAR, IADE) sans que les items relatifs à la vérification individuelle de chaque appareil soit explicitement cochés.</p>	26a

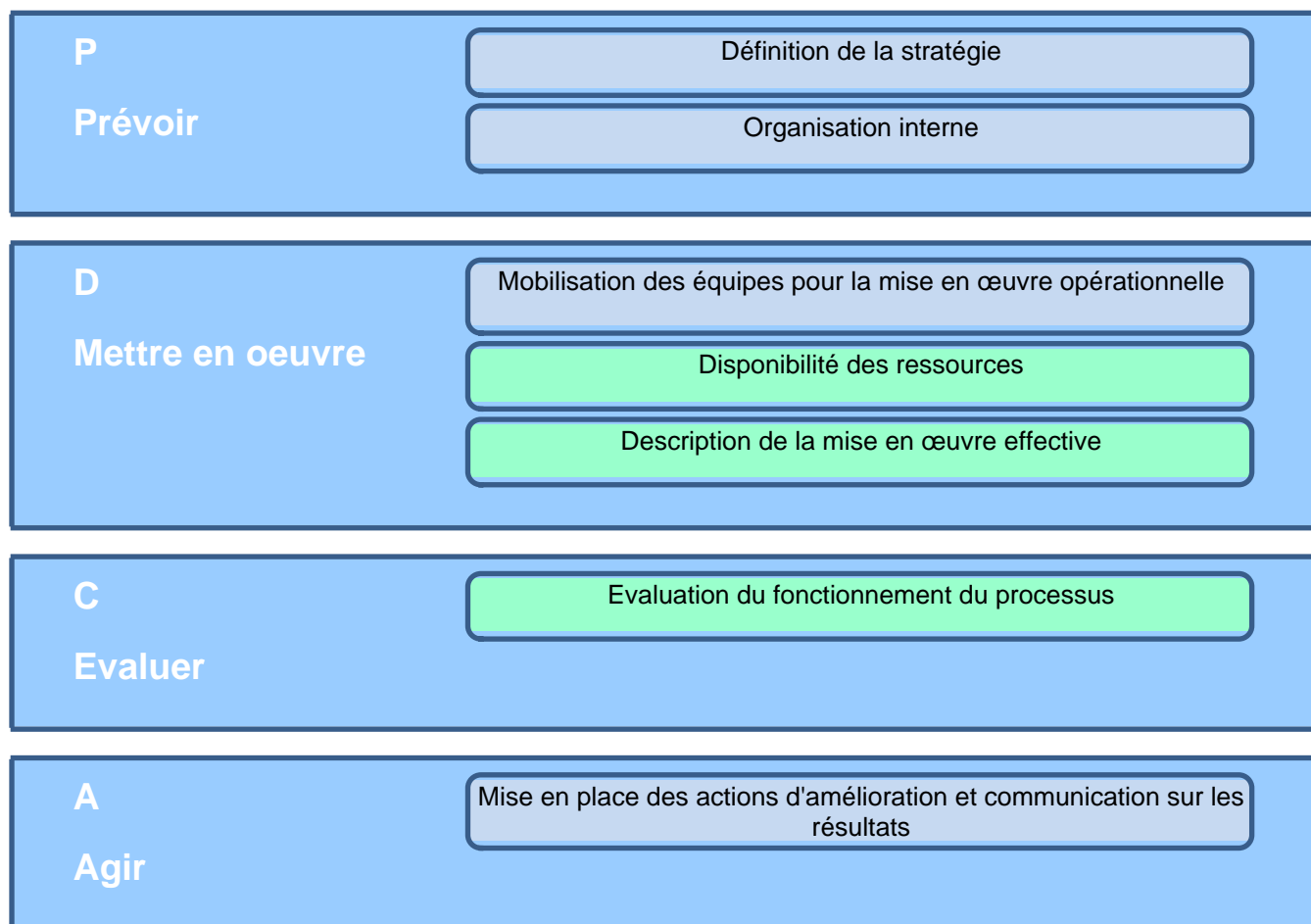
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement est titulaire d'une autorisation en cardiologie interventionnelle et réalise des actes de radiologie cardiologique interventionnelle de 2 types : rythmologie et angioplastie coronarienne. La rythmologie interventionnelle est réalisée dans une des deux salles dédiées au sein du bloc opératoire et l'angioplastie coronarienne dans un secteur au rez-de-chaussée à proximité du service des urgences de l'établissement et une salle de surveillance de 4 postes avec une infirmière. Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique est inscrite dans les orientations stratégiques de l'établissement et dans le projet d'établissement. Le programme qualité sécurité des soins décline les objectifs et assure le suivi au moyen d'un plan d'actions. Cette activité d'angioplastie coronarienne concerne environ 1600 actes par an. Une charte de coronarographie a été créée le 21 avril 2015. L'établissement tient compte des contrôles interne et externe comme la certification et les contrôles de l'ASN. Une visite de l'autorité de sûreté nucléaire a été réalisée le 30 octobre 2015. L'analyse des risques repose sur les événements indésirables déclarés par le secteur ainsi que le rapport d'inspection de l'ASN. Des plans d'actions ont été définis et priorisés suite à cette visite d'inspection.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. La charte de coronarographie, qui a été créée le 21 avril 2015, définit les principes généraux de fonctionnement de la salle de coronarographie, la planification des astreintes des praticiens et des modalités d'appel, l'organisation de la salle d'examen, les heures d'ouverture et les modalités de respect des fins de programme, les présences médicales et paramédicales, l'élaboration du programme opératoire, les règles de prise en charge du patient. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines. Un système d'astreinte médicale cardiologique commune avec le Centre Hospitalier de Valenciennes permet d'optimiser la prise en charge du patient à travers ce partenariat. Tous les actes de rythmologie interventionnelle sont réalisés au bloc opératoire et permettent de bénéficier de la structure chirurgicale en place ainsi que de la salle de surveillance post-opératoire. Les locaux et équipements répondent aux besoins de prise en charge spécifique des patients sur les 2 sites d'intervention (salle d'angioplastie coronarienne et bloc opératoire). L'accès à toute documentation est réalisé via le logiciel informatique. La procédure d'accès est connue de tous les professionnels. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Le secteur est organisé de l'accueil administratif jusqu'à la sortie du patient. Un accueil administratif dédié à la cardiologie est en place. Une infirmière a bénéficié de la formation de personne radio compétente au sein de l'établissement.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Les professionnels ont participé à la rédaction des procédures, aux parcours patients, à la hiérarchisation des risques et aux plans d'actions. Des référents qualité gestion des risques dans le secteur de cardiologie interventionnelle ont été nommés depuis 2013. Une cartographie des risques a été établie et des actions d'amélioration en découlent. Des CREX sont organisés dans le secteur de cardiologie interventionnelle. Les événements indésirables sont déclarés par voie informatique, chaque professionnel connaît la procédure et l'utilise. La déclaration est encouragée et facilitée par les responsables des secteurs. Les déclarations sont analysées en COVIRIS et restituées en réunion de service. Les résultats des différents audits et "scorages" sont affichés et discutés en réunion de service afin de réactualiser les plans d'actions d'améliorations en collaboration avec le service qualité.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le personnel est diplômé et formé à la radioprotection par la personne radio compétente de l'établissement. Tous les professionnels intervenant en coronarographie ont reçu une formation dédiée en interne. Chaque infirmier doit avoir comme prérequis un exercice professionnel au sein des urgences puis être doublé pendant un mois avant d'être déclaré apte à la pratique de la coronarographie. Pendant un acte d'angioplastie coronarienne, le praticien est assisté d'une IDE ayant la fonction d'aide opératoire et d'une IDE circulante, une secrétaire est positionnée dans la salle derrière une cloison plombée afin de

réaliser en temps réel les comptes-rendus d'examens et les enregistrements des implants. Les maintenances préventives et curatives sont réalisées 3 fois par an par le prestataire des équipements. La base documentaire est accessible informatiquement et les ordinateurs sont en nombre suffisant pour permettre l'accès à chaque professionnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secrétariat dédié à la cardiologie s'assure de la cohérence des informations recueillies avec le praticien afin de réaliser la programmation opératoire. Suite à cette programmation, le patient est convoqué à son examen avec une admission dans le service de soin. Après la réalisation de l'acte d'angioplastie coronarienne sans anesthésie réalisé dans le secteur du rez-de-chaussée, celui-ci après un court passage de surveillance dans la salle dédiée, sera remonté dans le service par les brancardiers de l'établissement. S'il s'agit d'un acte de rythmologie interventionnelle réalisé au bloc opératoire, il séjournera en salle de surveillance post interventionnelle avant de rejoindre le service. Toute la traçabilité du matériel utilisé ou implanté est tracée en format papier. Un projet d'informatisation est en cours. Cette traçabilité est transmise à la pharmacie de l'établissement. En ce qui concerne la dosimétrie du patient, elle est tracée dans le dossier du patient en fin d'examen et le système informatique permet de cumuler les doses reçues si le patient a déjà réalisé un examen récemment. Quant à la dosimétrie des professionnels, elle est transmise à la médecine du travail. Les salles d'angioplastie et de rythmologie comportent des registres d'ouverture de salle dans lesquels sont tracés tous les paramètres nécessaires à la validation d'ouverture des salles. Les 2 secteurs sont classés en ISO7 au niveau de la filtration de l'air.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc...). Le nombre de déclaration d'événement indésirable concernant la coronarographie est utilisé en tant qu'indicateur pour le secteur. Le nombre d'événement indésirables liés à l'identitovigilance dans le secteur est également préférentiellement analysé.

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. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers. L'établissement a mis en place des actions telle que l'uniformisation de la préparation cutanée de l'opéré, la création d'un SAS au niveau de la salle d'angioplastie afin de maintenir au maximum la surpression à l'ouverture des portes, la rédaction d'une procédure d'identitovigilance afin de pallier aux risques des doublons identitaires. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration. Les résultats sont diffusés aux professionnels et appropriés.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

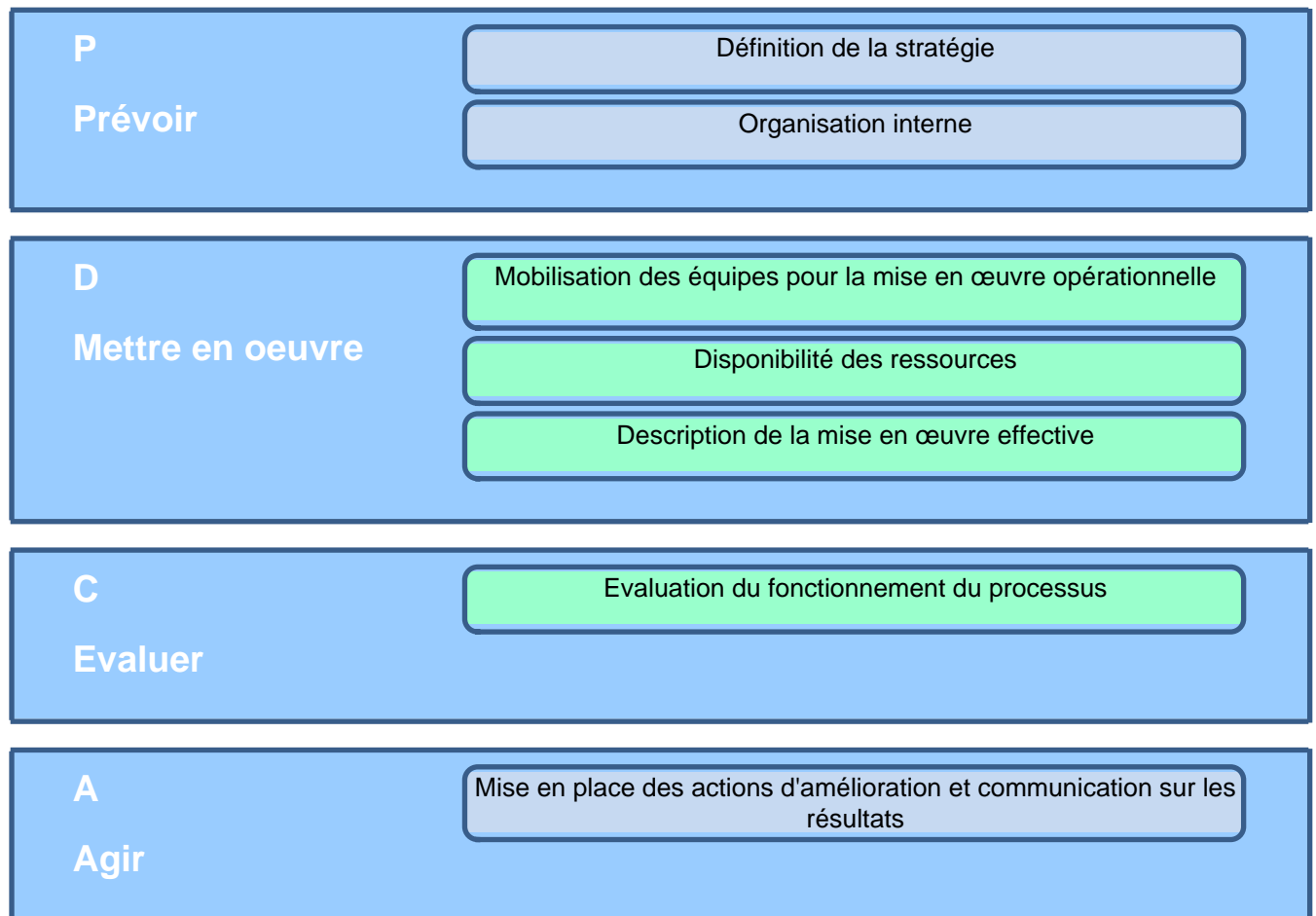
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie à la Polyclinique Vauban se décline sur trois sites distincts : l'endoscopie digestive sous anesthésie générale est intégrée au fonctionnement du bloc opératoire, l'endoscopie digestive (gastroscopie) sans anesthésie générale et l'endoscopie urologique dépendent du service des urgences, soins externes. Le circuit de prise en charge des endoscopies au bloc opératoire est individualisé : salle de pré anesthésie, salle d'examen dédiée, surveillance post opératoire dans le secteur de SSPI du bloc général. L'établissement a formalisé sa politique de gestion de l'activité d'endoscopie dans une charte spécifique qui décrit l'organisation et le fonctionnement de cette activité. Les besoins et les risques spécifiques pour cette activité ont été analysés selon une méthode définie. Les risques sont établis et hiérarchisés dans une cartographie intégrant l'évaluation du niveau de criticité. Les objectifs d'amélioration sont définis, sont centrés sur la sécurité de la prise en charge du patient, la maîtrise du risque infectieux dans le respect des exigences réglementaires et des recommandations professionnelles. Les objectifs d'amélioration sont en adéquation avec les risques identifiés et intégrés au Compte Qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le processus "prise en charge du patient en endoscopie" à la Polyclinique Vauban est piloté par un médecin gastro-entérologue, la responsable du bloc et des plateaux techniques et l'infirmière référente en stérilisation. Un comité de coordination pluri professionnel valide le programme opératoire la semaine précédant sa mise en œuvre, la disponibilité des plages opératoires et du matériel d'endoscopie y est évoqué. Les programmations d'examen sont saisies sur un logiciel de l'établissement communiquant avec celui des gastro entérologues libéraux. La prise en compte d'ajustements techniques, des urgences sont intégrés à ce fonctionnement. La validation définitive des programmes est réalisée la veille de l'examen par la responsable des plateaux techniques ou l'infirmière régulatrice du bloc opératoire. L'organisation du service d'hospitalisation ambulatoire, si requise, est coordonnée avec cette organisation en terme de planification, d'appel de la veille et du lendemain, les prescriptions de sortie et les consignes de sécurité. Un système documentaire relatif aux pratiques professionnelles dans ce secteur est à disposition des professionnels sur la base de la gestion documentaire informatisée de l'établissement en termes d'organisation, techniques opératoires, pratiques de désinfection. Une astreinte est mise en place le week-end et jours fériés pour l'agent de stérilisation et le personnel infirmier du bloc. L'organisation de la maintenance curative et préventive est organisée (deux techniciens du prestataire sont présents sur le site tous les jours). Les matériels de traitement des endoscopes répondent aux besoins de l'établissement. Le dossier informatisé de l'établissement permet l'enregistrement et la communication des informations utiles à la prise en charge, à la continuité et la coordination des soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et de ses besoins, l'encadrement mobilise les équipes dans une dynamique de partage des informations et d'amélioration des pratiques professionnelles (audit hygiène). Le management du secteur d'endoscopie associe les professionnels de ce secteur en vue de réguler les activités et apporter des actions d'amélioration nécessaires. La participation des salariés est encouragée notamment par l'échange des informations lors des actions de communication régulière (réunions de service, journal interne, intranet).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'adéquation des compétences aux besoins des secteurs d'endoscopie de la Polyclinique est assurée : l'infirmière référent en stérilisation, le personnel dans les différents sites d'intervention est formé et dédié à cette activité. Le nettoyage et la désinfection des endoscopes sont réalisés par un agent de stérilisation formé à cet usage sous la responsabilité de l'infirmière référent en stérilisation. Les locaux de traitement des endoscopes sont conformes en termes de circuit, de ventilation, de matériels de protection des salariés, de suivi de médecine du travail. Le dossier patient informatisé permet le recueil, la traçabilité et le partage des informations entre les différents acteurs qui concourent à cette prise en charge : données de consultation des professionnels libéraux, consultation d'anesthésie si nécessaire, prise en charge péri opératoire dans l'UCA, compte rendu des endoscopies, transmission des informations entre le bloc, la SSPI et les services de soins. L'établissement met à disposition des professionnels du secteur les documents nécessaires à l'enregistrement des étapes de la prise en charge : cahier d'ouverture et de

contrôle des salles d'examen, feuille d'écologie et de suivi des interventions, check-list, document de suivi de la prise en charge en SSPI, traçabilité individuelle de la désinfection des endoscopes. Le planning des salariés intervenants est adapté à l'activité des différents secteurs d'endoscopie et il intègre la permanence des soins. Les besoins en maintenance et de recours en cas de dysfonctionnement ou pannes matérielles sont identifiés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits des professionnels, du matériel, du linge et des déchets sont adaptés et respectés. Les dispositions relatives à la maîtrise du risque infectieux sont mises en œuvre : bionettoyage des locaux, traitement et désinfection des endoscopes, évacuation des déchets. Le dépistage du risque ATNC est effectif. La traçabilité des dispositifs médicaux stériles est assurée, leurs circuits de gestion sont mis en œuvre. La coordination entre les acteurs de l'activité d'endoscopie est effective et coordonnée. Les dispositions de contrôle de l'organisation sont mises en œuvre et tracées. Le dépistage de la maladie de Creutzfeld Jacob est effectif.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement recueille et analyse les indicateurs qualitatifs et quantitatifs nécessaires au suivi et à l'analyse du fonctionnement des secteurs d'endoscopie et des actions d'évaluation des pratiques professionnelles sont engagées. Un programme structuré d'audits sur la qualité des contrôles bactériologiques de la désinfection des endoscopes est déployé dans ce secteur. La déclaration et l'analyse des événements indésirables se fait par le biais du système de déclaration institutionnel. Les professionnels du service sont associés à ces analyses, le retour d'expérience est effectif dans le secteur d'activité concerné.

A / AGIR

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

Les secteurs d'endoscopie définissent leurs action d'amélioration. Les risques principaux identifiés sont suivis d'actions correctrices, intégrées au Compte Qualité et articulées avec le PAQSS et font l'objet de plans d'actions gérés en mode projet par les professionnels du secteur en collaboration avec le service qualité. La diffusion des résultats des évaluations et des actions d'amélioration conduites est assurée lors des réunions de service, la GED, la CME est informée si nécessaire. L'efficacité des actions est évaluée et conduit à réajuster le dispositif et fixer de nouveaux objectifs d'amélioration.

c. Tableau des écarts relevés

Aucun écart n'a été constaté sur cette thématique.

ANNEXE

Tableau Récapitulatif des écarts par thématiques présent dans le rapport des EV

Thématique	Sous étape	Qualification de l'écart	Ecart / Preuve(s)	Critère V2010
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire	D / Disponibilité des ressources	PS	L'accessibilité des appels malades est peu commode pour les patients en Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA). Le rapport de la visite de conformité de l'ARS du service de chirurgie ambulatoire, daté du 1er décembre 2015 stipule qu'il existe un système d'appel avec centralisation ainsi qu'une rampe technique avec prises de vide et d'oxygène, d'éclairage et d'appel infirmier. Cependant, lors du passage des EV en service de chirurgie ambulatoire, il a été constaté que dans les chambres double, il n'y avait qu'un seul système d'appel malade. De même, dans les secteurs de lits brancards de 6 places séparées par des cloisons fixes, seuls 4 systèmes d'appels malades sont en place. Afin de pallier à cette problématique, l'établissement dit ne pas mettre en priorité les patients nécessitant le recours à une tierce personne. Cependant cette organisation ne permet pas de sécuriser l'utilisation de l'appel malade de façon individuelle.	26a
	D / Description de la mise en œuvre effective	PS	La traçabilité des contrôles de sécurité anesthésique avant l'ouverture des salles n'est pas exhaustive. Lors de la vérification terrain au bloc opératoire, y compris pour les salles de radiologie interventionnelle, les experts visiteurs ont pu constater que sur les cahiers d'ouverture de salle, la colonne réservée à l'anesthésie était signée (MAR, IADE) sans que les items relatifs à la vérification individuelle de chaque appareil soit explicitement cochés.	26a