



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE DE CHIRURGIE
AMBULATOIRE DES HAUTS
D'AVIGNON**

**275, avenue Charles de Gaulle
30133 Les Angles
AVRIL 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	22
PARCOURS DU PATIENT	27
DOSSIER PATIENT	33
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DES HAUTS D'AVIGNON	
Adresse	275, avenue charles de gaulle 30133 Les Angles
Département / région	GARD / MIDI-PYRENEES/LANGUEDOC-ROUSSILLON
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	300000213	SAS SOCIETE NOUVELLE SAINT LUC	2 RUE DU CAMP DE BATAILLE 30400 VILLENEUVE LES AVIGNON
Etablissement de santé	300002508	CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE DES HAUTS D'AVIGNON	275, avenue charles de gaulle 30133 Les Angles

Activités		
Type de prise en charge	Activités	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	15

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>Convention de collaboration pour les actes de radiodiagnostic des patients de la clinique – Centre d'Imagerie Médicale (30133 Les Angles)</p> <p>Convention de coopération d'analyses médicales – laboratoire d'analyse médicale - SELARL du pont des deux eaux (30133 Les Angles)</p> <p>Convention de repli et de ré-hospitalisation : Centre Hospitalier d'Avignon (84000 Avignon)</p> <p>Convention de repli et de ré-hospitalisation : Clinique du Parc (34000 Montpellier)</p>

Convention de repli et de ré-hospitalisation :
Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze (30200 Bagnols sur Cèze)

Convention de repli et de ré-hospitalisation :
Clinique Lagaraud (30200 Bagnols sur Cèze)

Convention de repli et de ré-hospitalisation :
Clinique Rhône Durance (84000 Avignon)

Convention de repli et de ré-hospitalisation :
Clinique Urbain V (84000 Avignon)

Convention de repli et de ré-hospitalisation :
Clinique Montagard (84000 Avignon)

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

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Chirurgie	Vasculaire	Programmé	simple, ambulatoire	MCO
2	Adulte	Endoscopie digestive	digestive	Programmé	simple, ambulatoire	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

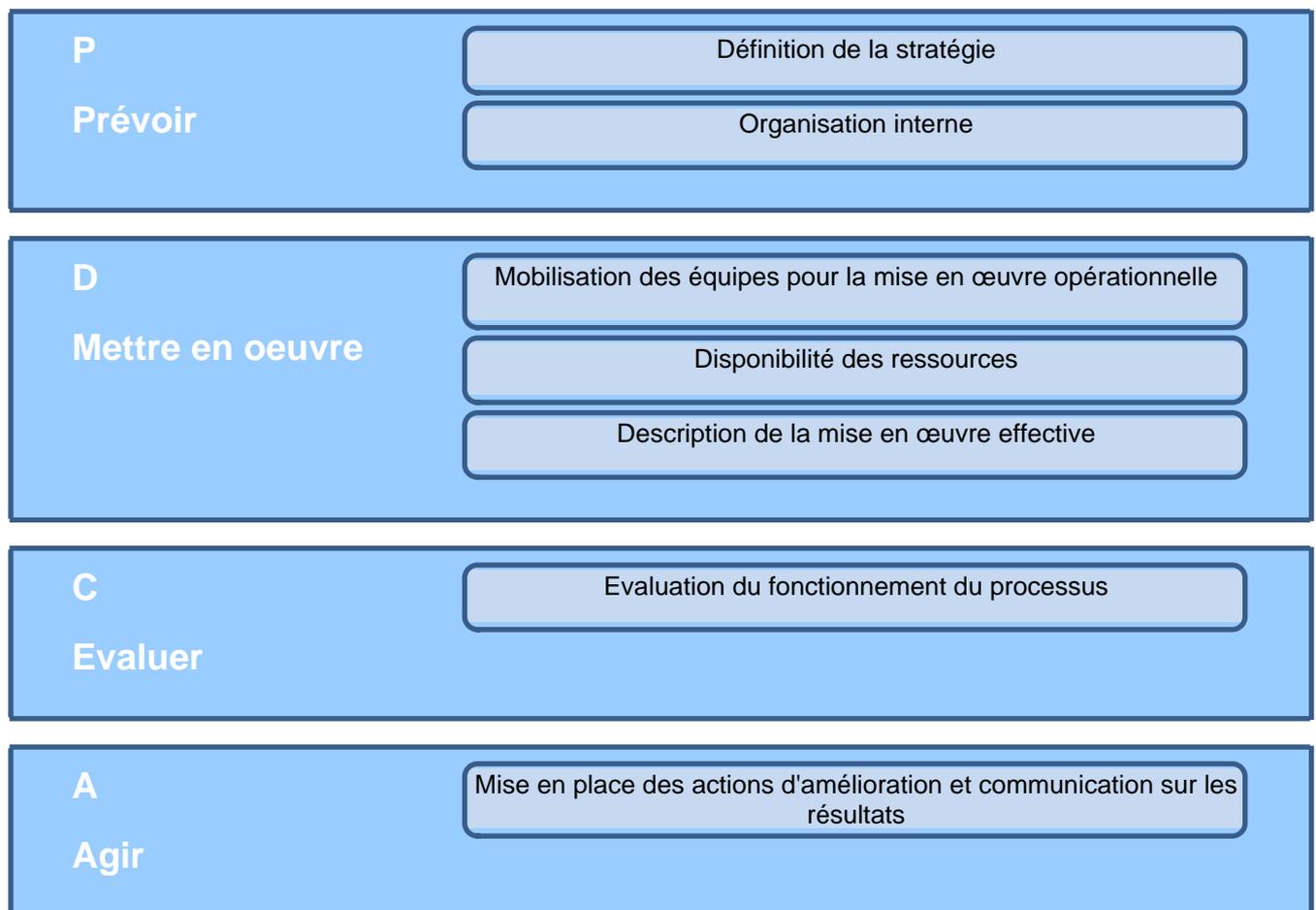
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a inscrit sa stratégie d'amélioration de la qualité de la gestion des risques et de la sécurité des soins en s'appuyant sur les engagements du CPOM 2015-2019, le projet d'établissement 2011-2016 et ses différentes composantes stratégiques : projet médical, projet de soins, projet de prises en charge spécifiques, projet social, projet SIH, projet de prise en charge médicamenteuse, projet de maîtrise du risque infectieux, projet qualité et sécurité des soins, projet droits des patients, projet management, projet de développement durable.

Les orientations retenues pour 2012 – 2016 sont définies dans la politique qualité et sécurité des soins autour de cinq axes principaux :

- Perfectionner l'organisation, le pilotage et la coordination du système de management de la Qualité et de la sécurité des soins
- Garantir aux patients, usagers et professionnels un niveau de sécurité optimum par une maîtrise rigoureuse de l'ensemble des risques liés à l'activité de l'établissement (risques associés aux soins ou non).
- Développer une culture Qualité et sécurité des soins auprès de l'ensemble des professionnels intervenants au CCA.
- Manager et piloter l'établissement et la politique qualité sécurité des soins au regard d'une politique d'efficience fondée sur des tableaux de bord et des indicateurs.
- Développer une politique d'évaluation (dont l'évaluation des pratiques professionnelles).

L'identification et l'analyse des données relatives aux missions, au contexte et aux besoins spécifiques de l'établissement ont été conduites (obligations légales et réglementaires, indicateurs IQSS et HN, décisions V2010, politique EPP, bilan des instances, analyse des questionnaires de satisfaction, gestion de crise..). Les démarches d'évaluation des risques à priori (cartographies des risques, document unique) et à posteriori (gestion des évènements indésirables) sont opérationnelles. Elles permettent la hiérarchisation, la détermination des modalités de suivi et le traitement des risques identifiés, en intégrant la stratégie EPP, les obligations réglementaires ainsi que la gestion d'un plan blanc.

Ces orientations sont inscrites dans un programme d'actions construit, connu et partagé avec les professionnels de l'établissement.

Le programme qualité sécurité des soins et gestion des risques a été validé et est porté par la Cellule Qualité et Sécurité des Soins qui regroupe avec la CME, les commissions, comité et instances de l'établissement : Comité de Gestion des Risques, CDU, CLUD, CLIN, EOH, COMEDIMS, CIV, Comité EPP, Commission SIH, Conseil de Bloc, et CREX) et les groupes de travail constitués par thématique dans le cadre de l'élaboration du compte qualité.

Ce programme est global, et reprend l'ensemble des processus. Il s'appuie sur les analyses de risques réalisées. Sa déclinaison opérationnelle est effective et structurée en plans d'actions.

Les risques retenus dans le compte qualité sont identifiés et les actions correspondantes ont été intégrées dans le programme global de l'établissement.

Pour chaque objectif identifié et priorisé, sont définis : la référence au processus, les sources, l'objectif, la désignation de l'action, l'objectif, le pilote, l'articulation avec le compte qualité, les échéances prévisionnelles et l'état d'avancement.

Le compte qualité comporte dans cette thématique 3 axes d'amélioration : Développer la culture sécurité, favoriser l'implication des usagers, améliorer la gestion des évènements indésirables.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités du pilotage du processus ont été identifiés. Le Coordonnateur de la Gestion des Risques, la Directrice, la Responsable Qualité, une IDE de Bloc assurent le pilotage du Management de la Qualité et de la Gestion des Risques.

Un médecin Anesthésiste a été nommé Coordonnateur de la Gestion des risques associés au soins et un autre médecin anesthésiste est Responsable du Management de la Qualité d la Prise en Charge Médicamenteuse qui assurent la cohérence de leurs missions au regard des objectifs fixés.

La Cellule Qualité et Sécurité des Soins pilote et assure le suivi de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et de la démarche de certification de l'établissement.

Elle définit et assure la mise en œuvre du programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des

soins et coordonne notamment la mise en place des actions d'amélioration et s'assure de leur réalisation dans le respect des délais impartis.

La Cellule Qualité et Sécurité des Soins se réunit semestriellement et assure avec le Comité de Gestion des Risques (CGRAS et RSQMPECM) : la coordination des vigilances, l'analyse des événements indésirables (EI), des EI graves avec les gestionnaires de risques, le suivi et la gestion des risques à priori et à posteriori, la mise à jour de la cartographie de risques, la sensibilisation et la formation des professionnels à la gestion des risques et au signalement.

Les vigilances, la veille sanitaire, la gestion globale des risques dont la gestion des plaintes et réclamations (avec analyse qualitative et quantitative assurée par la CDU) ainsi que le signalement des événements indésirables sont organisés.

Des référents et des correspondants sont identifiés : douleur, antibiothérapie, hygiène, endoscopie digestive, développement durable, matériovigilant, biovigilant, hémovigilant, pharmacovigilant et identitovigilant.

Les représentants des usagers participent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins dans le cadre de la CDU et du CLIN.

L'établissement organise la réponse à ses missions et s'assure de la présence des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés :

- en ressources humaines : effectifs et compétences dans les domaines médicaux, soignants, administratifs, techniques et médicotechniques (actions de formation, sensibilisation menées en interne auprès des professionnels et identifiées dans les plans de formation interne et institutionnel.)

- en ressources matérielles : locaux, matériels et équipements soumis à des plans de maintenances préventive et curative.

- en ressources documentaires (dispositif structuré de gestion documentaire papier et accessible sur informatique intégrant notamment les procédures et protocoles, réunions d'équipe et compte rendu d'instances).

La gestion des interfaces et des circuits (cliniques, médicotechniques, logistiques et administratifs) est organisée formellement et facilite la concertation entre les professionnels.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont sensibilisés à l'existence de plans d'actions spécifiques à leur secteur d'activité, en déclinaison du PAQSS institutionnel.

Les responsables de soins favorisent l'implication et l'appropriation de la démarche auprès des équipes notamment par des informations régulières : réunions d'équipe, actions de sensibilisation et d'information sur les pratiques et les risques, affichage dans les services, communication dans la gestion documentaire accessible à l'ensemble des professionnels.

L'implication des équipes en matière de signalement est effective. Le signalement est réalisé sur support informatique. Le RAQ et le référent de la thématique identifié est alerté aux fins d'enregistrement, de traitement et de retour d'information auprès du déclarant.

De façon régulière, semestriellement à minima, la Cellule Qualité et Sécurité des Soins analyse le traitement des EI. Les EI graves font l'objet de CREX, de RMM ou de REMED et d'analyses sur les causes profondes selon une méthodologie adaptée, connue et partagée avec les professionnels (méthode ALARM).

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou d'indicateurs, etc.). Elles sont identifiées, intégrées dans le PAQSS et suivies par les responsables de soins avec l'appui des pilotes du processus et la participation des professionnels.

Les résultats sont partagés avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences existent, au sein de la Cellule Qualité et Sécurité des Soins. Les membres de la Cellule sont formés notamment à l'analyse des causes profondes et forment les professionnels de l'établissement dans le cadre du maintien des compétences (Vigilances sanitaires, gestion des risques,...)

De plus, des compétences en Douleur, en Hygiène Hospitalière, en Gestion des Risques, en

Antibiothérapie, en Éducation Thérapeutique et en Diététique sont présentes dans l'établissement (DU praticiens et paramédicaux) les procédures élaborées sont actualisées régulièrement.

Les ressources matérielles (gestion centralisée des risques à priori et à posteriori) et documentaires (gestion documentaire informatique opérationnelle, accessible, actualisée et disponible) sont en place. Les différentes ressources matérielles sont soumises à des plans de maintenance préventive et curative.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles, procédures et les organisations prévues pour le fonctionnement et la prise en charge des patients.

Les pilotes, les instances de l'établissement, les usagers, les patients et les familles sont associés à la démarche, ils analysent, exploitent et enrichissent ainsi le PAQSS.

Les circuits et les interfaces entre les secteurs cliniques, médicotechniques, techniques, logistiques et administratifs sont opérationnels et connus.

Les différents processus qualité ont été identifiés avec et par les professionnels et, de ce fait, le travail en équipe a été encouragé et est effectif.

La connaissance de l'organisation est partagée avec les professionnels et permet une capacité de réaction nécessaire en cas d'imprévu et de recours à l'équipe : signalement des EI, connaissance de la gestion documentaire, recueil de la satisfaction des usagers, prise en compte des réclamations, mise en œuvre de démarches EPP, des analyses des causes profondes.

Les professionnels ont participé et partagé l'élaboration du compte qualité.

Le fonctionnement des commissions et instances est opérationnel, les calendriers de réunions sont définis, les comptes rendus sont réalisés.

Les vigilances et la veille sanitaire sont opérationnelles.

L'information des professionnels est assurée par la mise à disposition de l'ensemble des comptes rendus dans la gestion documentaire informatisée et en réunion d'équipe ou d'instances. L'établissement réalise des actions de sensibilisation, d'information et de formation auprès de ses professionnels.

La traçabilité en est assurée dans le plan de formation interne.

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

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le fonctionnement du système de management de qualité/gestion des risques est évalué en fonction d'indicateurs d'activité, de ressources et de qualité adaptés aux spécificités de l'établissement (IQSS, TBIN, indicateurs propres à l'établissement) et articulés avec le programme d'actions institutionnel de l'établissement.

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sont assurés régulièrement, par la CME, la Cellule Qualité et Sécurité des Soins et les pilotes de processus identifiés, sur la base du suivi des indicateurs recueillis, des modalités et des fréquences de recueil, des modalités d'analyse et des bilans d'activités des différentes instances.

Les tableaux de bord et les actions d'évaluation mises en œuvre sont intégrés et articulées avec le programme d'actions institutionnel de l'établissement.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration et les résultats des indicateurs sont intégrés et articulés dans le PAQSS et le Compte Qualité.

Un réajustement annuel du PAQSS et du Compte Qualité est prévu par la Cellule Qualité et Sécurité des Soins et la CME en fonction des résultats obtenus.

Des actions de communication, des supports et des modalités de diffusion sur les résultats d'évaluations conduites sont menées auprès des professionnels de l'établissement et des usagers (affichage, livret d'accueil, mise à disposition dans la gestion documentaire,...).

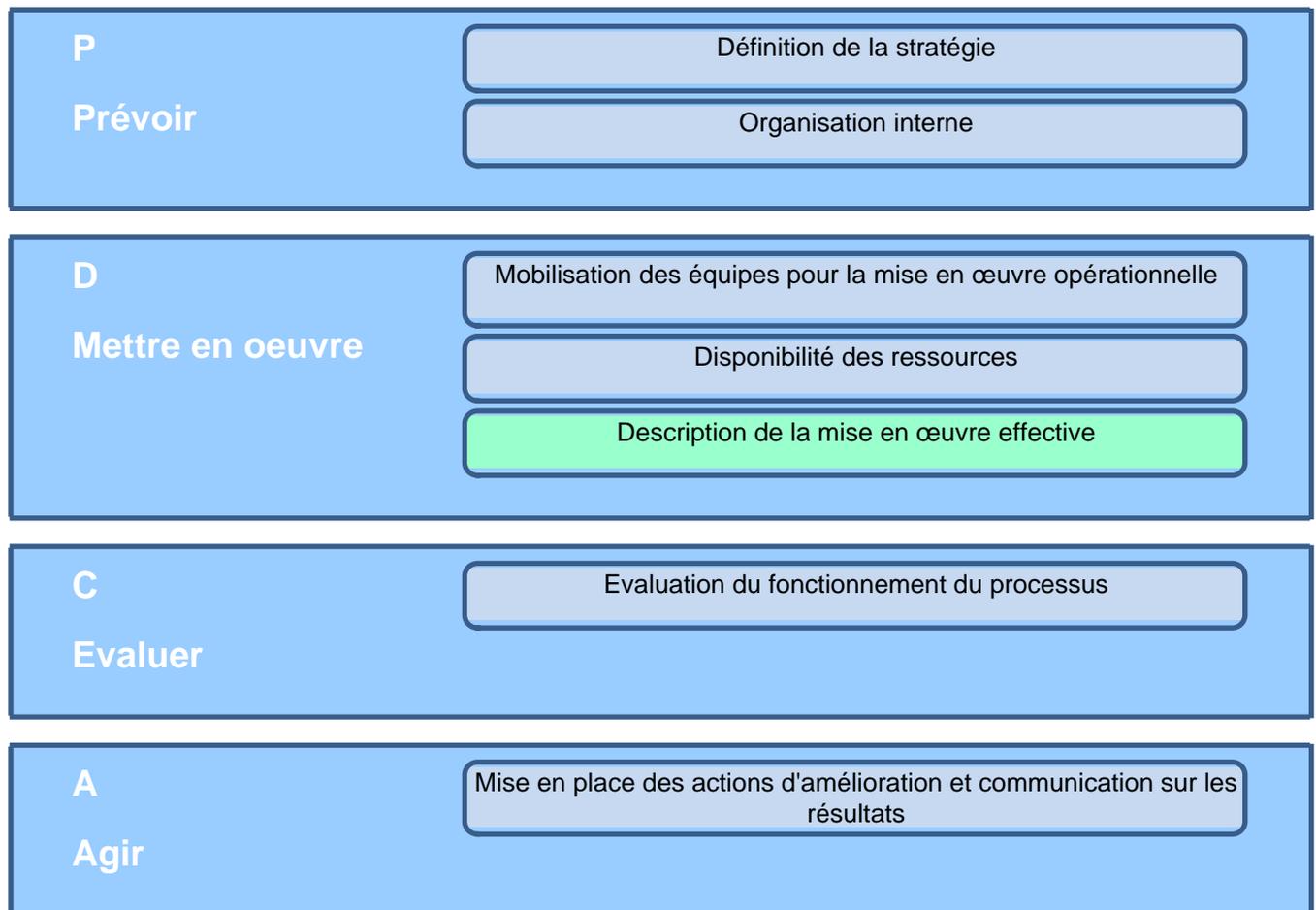
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre de Chirurgie Ambulatoire (C.C.A.) est un centre autonome où sont réalisées les interventions médicales et chirurgicales en hospitalisation de jour. Sa capacité est de 15 places et 6 places en SSPI. Son organisation est centrée sur la prise en soins du patient. De nombreux praticiens représentant la plupart des spécialités y exercent à temps partiel excepté les médecins anesthésistes (MAR). L'activité prédominante reste l'endoscopie digestive. Des conventions sont en place avec des établissements hospitaliers ou privés nombreux dans cette région. Toutes les instances sont présentes et coordonnées. Un contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens (CPOM), définit ses orientations stratégiques pour 2013-2018. Le développement de ce type d'activité en représente le point fort tout en préservant la qualité et la sécurité des soins.

Une politique de maîtrise du risque infectieux (RI) est définie en cohérence avec les autres politiques. C'est une des priorités du projet d'établissement (PE).

La mobilisation des professionnels est acquise, 2 des 3 critères sont retenus : la gestion du RI et l'hygiène des locaux ; le CCA n'est pas concerné par l'utilisation des antibiotiques en dehors de l'antibioprophylaxie. Les lignes directrices de la politique du CCA reposent sur le développement de la surveillance et de la Prévention des Infections Associées aux Soins (IAS) d'une part, et d'autre part sur l'organisation de la Lutte Contre les Infections Nosocomiales (IN). La politique qualité du service stérilisation et son informatisation récente ne peut que renforcer ces orientations stratégiques.

Son évaluation se fait à l'aide d'indicateurs nationaux et propres au CCA : ICALIN2 (lutte contre les IN), ICA-LISO (lutte contre les ISO), ICSHA 2 (consommation de solutions Hydro-alcooliques). Elle est révisée et validée annuellement par les instances. Elle est communiquée aux professionnels et au public (TBIN = tableau de bord des IN). Un COMPTE QUALITÉ a été établi par un pharmacien, pilote du processus et un MAR, également le Coordonnateur de la Gestion Des Risques.

Des données ont été utilisées : - les décisions de la V2010 ; - les IQSS : ICALIN2, ICA-LISO, ICSHA 2 ; - d'autres indicateurs : mesures de prévention, taux de conformités.

Les risques au nombre de 7 ont été analysés et priorisés selon la grille HAS à partir d'une cartographie sur la maîtrise des RI. Ils concernent des dysfonctionnements dans le circuit de PEC du patient, des défauts dans les mesures de prévention du RI et des AES. Les niveaux de maîtrise sont entre 2 & 3. Les professionnels ont participé à leur choix.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Les plans d'action sur les risques priorisés sont en place avec des objectifs, des actions d'amélioration, des échéances et un suivi organisé. Ils portent sur le respect des mesures de prévention du RI, sur le respect des mesures d'hygiène, et la formation sur les AES.

La cadre de santé, la RAQ, un pharmacien remplaçant, des soignants ont participé au choix de ces objectifs. Les plans d'action intègrent le PAQSS institutionnel qui est en place, qui est validé par les instances dont la CME. Il rejoint les objectifs de lutte contre les IN assorti d'indicateurs de suivi. Le plan d'action du compte qualité est articulé avec le PAQSS institutionnel.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Le groupe pilote de cette thématique définit un programme annuel qui prend en compte les objectifs du PROPIAS (Programme National de Prévention des Infections Associées aux Soins) et ceux du CPOM de l'ES. Il est composé de la pharmacienne, gérante de la PUI, praticien hygiéniste, titulaire d'un DU de stérilisation ; elle est aussi présidente du CLIN. Un MAR, coordonnateur de la gestion des risques, une IDE hygiéniste et une IDE de bloc opératoire complètent le groupe. Une fiche de mission est définie pour l'IDE hygiéniste. Les missions attribuées au pilote sont d'organiser la maîtrise du Risque Infectieux dans une démarche d'amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins autour du patient (P).

L'organisation établie pour la mise en œuvre du programme de lutte contre les IN est le CLIN (Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales). Sa composition est pluri-professionnelle. Il est composé de sa présidente, la directrice, la cadre de santé, une IDE correspondante hygiène, le responsable des services

techniques, les représentants des usagers, le PCME, le médecin du travail, un biologiste, des membres du personnel. Leur mandat est de 4 ans. Un règlement intérieur est en place. Il se réunit 3 fois par an. C'est la RAQ qui fait fonction de secrétaire, et qui rédige les comptes rendus, informatisés. Le dernier date du 31.08.2016 et porte sur le traitement des endoscopes. Ses missions sont définies et portent sur les IN, l'hygiène, la formation. Un rapport annuel d'activités est élaboré et tracé. Pour mettre en place le programme d'actions du CLIN, une EOH (Equipe Opérationnelle d'Hygiène) a été constituée. Elle comprend l'IDE hygiéniste ou sa remplaçante et un praticien hygiéniste. Ses missions sont définies. Elle implique le personnel dans la prévention des IAS. La participation aux surveillances en réseaux ISO et AES est réalisée au sein du CCLIN Sud-Est. Il a été constaté qu'un prérequis est en place au CCA : aucun malade diagnostiqué infecté n'est pris en soins.

Les ressources humaines nécessaires à ce processus sont en place.

Un MAR, titulaire du DU, est référent Antibiotiques. Une IDE correspondante hygiène est au bloc opératoire.

Des formations sont assurées sur les bonnes pratiques en hygiène hospitalière (tenue, lavage des mains, préparation des patients, protection des AES, hygiène des locaux,...) et du risque infectieux à l'intention des personnels. Les nouveaux arrivants sont sensibilisés aux bonnes pratiques. La participation aux journées CCLIN, ARLIN est annuelle.

Tous les moyens nécessaires sont accordés.

Les besoins en locaux, matériel, et équipements nécessaires, sont identifiés. Les locaux sont l'accueil, le bloc opératoire, le service hébergement. L'hygiène des locaux est assurée selon les normes. Il en est de même du matériel de soins, du matériel informatique, du matériel du bloc opératoire (BO). Les chariots de ménage utilisés sont adéquats. Le bio-nettoyage est assuré par le personnel de l'ES.

Les prélèvements environnementaux sont organisés.

Les ressources documentaires sont représentées par de nombreux protocoles, procédures et fiches techniques relatifs à la maîtrise du RI.

Elles concernent les AES, les mesures d'hygiène : lavage des mains – tenue – PS – PC – gestes invasifs, la désinfection du BO : salles – SSPI – matériel, le bio-nettoyage des différents locaux, l'entretien des chariots de ménage, la gestion du linge et des déchets, le calendrier prévisionnel des différents prélèvements. Un guide hygiène des nouveaux arrivants est en place. Les procédures sont formalisées, validées, informatisées .

Le système d'information est structuré avec une informatisation opérationnelle : dossier patient, sécurisation, gestion documentaire, stérilisation, process endoscopique,...

Les comptes rendus des instances sont aussi classés et tracés. Ils intègrent le système de gestion documentaire.

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

Les principales interfaces en lien avec la gestion du RI sont identifiées.

Les actions préventives sont en place au niveau du service de l'hébergement et du bloc opératoire. La PUI est concernée dans la gestion de l'antibioprophylaxie et des DM. La stérilisation, par sa récente informatisation, est aussi intégrée dans la politique de prévention des IN.

es contrats externalisés sont établis avec des prestataires pour les analyses biologiques et bactériologiques, les contrôles environnementaux, la maintenance des installations, la gestion du linge, la gestion des déchets. Une étroite collaboration est installée avec la direction, le service qualité, les services techniques et la médecine du travail. Les instances sont participatives et chargées de la diffusion des informations. La CDU, par ses membres qui assistent aux réunions, est constamment renseignée, notamment sur les indicateurs.

Les nombreux circuits établis respectent le principe fondamental de « la marche en avant ».

La traçabilité est généralisée.

La coordination et la communication en sont favorisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Dans ce secteur les principaux risques et objectifs identifiés sont liés aux soins et à l'hygiène des locaux. Ils ont été établis à partir d'une cartographie réalisée par la présidente du CLIN. Les indicateurs nationaux qui concernent cette thématique sont l'ICALIN2, l'ICALISO, l'ICSHA2.

Les plans d'action déployés sur ce secteur ont tous comme objectifs de réduire les éventuels taux d'IAS et d'ISO par le plus grand respect des procédures. L'ensemble des praticiens et du personnel soignant se sent concerné par le développement de cette politique. Les professionnels sont sollicités pour l'identification des risques et l'élaboration des plans d'action prioritaires dans ce secteur.

La cadre de santé sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur ce processus ainsi que sur le choix des plans d'action. Soignants et praticiens restent motivés dans l'application des règles de prévention des IN.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Dans le secteur de soins, les actions d'évaluation mises en place sur cette thématique sont des audits, des formations, des EPP, les analyses d'EI déclarés, des CREX, des actions de prévention. La participation au recueil des indicateurs nationaux est assurée. L'information sur les résultats de ces évaluations est faite. Le support est la gestion documentaire.

Les risques et plans d'action identifiés correspondent à ceux que les professionnels ont validés. Les professionnels associés à l'identification et la mise en œuvre des actions correctives sont le personnel soignant et les praticiens.

Dans le secteur de soins les actions d'amélioration mises en place en regard des résultats de cette thématique sont une meilleure connaissance des règles de prévention.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Dans le secteur de soins ainsi qu'au bloc, les effectifs et compétences sont en adéquation pour la prise en charge sécurisée du Patient, en tenant compte des objectifs et plans d'actions définis cette thématique.

L'EOH, le CGDRAS, l'IDE référent font le lien entre le CLIN et l'ensemble des professionnels. Le référent antibiotique n'intervient que pour l'antibioprophylaxie. Des actions de formation sont mises en œuvre sur cette thématique : hygiène des mains, précautions standard et complémentaires, prévention péri-opératoire, réalisation des gestes invasifs, prévention des AES. Dans ce secteur, les nouveaux arrivants sont intégrés de façon progressive après une période de doublons.

La disponibilité des documents est effective, ce sont tous les protocoles, les fiches techniques et les procédures relatifs à la maîtrise du RI. Ils se trouvent en double dans un classeur blanc ainsi que dans la gestion documentaire informatisée, et préférentiellement lus sur ce support. Ils sont réévalués et actualisés régulièrement. Ils sont connus des professionnels.

Les locaux sont conformes et adaptés à l'activité. Dans ce secteur, les équipements, matériels et outils sont disponibles, fonctionnels, et adaptés à l'activité et aux différents types de chirurgie pratiqués. Les outils informatiques sont disponibles et adaptés à l'activité : la prescription est informatisée.. L'entretien et la maintenance des locaux, des équipements et du matériel sont assurés par le responsable des services techniques en 1^o intention. Le CCA a contractualisé avec des partenaires externes en cas de besoin.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Au niveau du Centre d'activité ambulatoire, l'organisation de la lutte contre les IN et les ISO est effective sur seuls 3 indicateurs: ICALIN2, ICA-LISO, ICSHA 2. Ils évaluent les moyens, le dispositif de prévention, de signalement et de surveillance des IN en place sur le terrain. Ils sont communiqués au public. De principe, aucun patient infecté n'est hospitalisé.

Les moyens humains sont l'EOH en place, le CLIN présidé par le pharmacien gérant et une IDE référent.

Les formations sont effectuées et tracées. La gestion documentaire est informatisée.

Le bio-nettoyage des locaux et la stérilisation du matériel sont effectives.

L'information du patient est assurée par le passeport ambulatoire.

Le dispositif de prévention est effectif à plusieurs niveaux : la protection du personnel est assurée dans la pratique de gestes invasifs ; la surveillance vaccinale est effectuée par la médecine du travail ; un système de déclaration des AES est en place et un protocole de PEC en urgence se fait au CH d'Avignon.

Les protocoles et procédures sont appliqués au niveau de l'hygiène des mains, des PC, des PS, de la prévention des infections associées aux gestes invasifs. Le personnel est formé. Les SHA sont mises à la disposition de tous dans le service d'hébergement et le bloc opératoire. La consommation est suivie.

Le geste invasif réalisé essentiellement est la mise en place du CVP.

La prévention des ISO prédomine autour du risque péri-opératoire.

La vérification de la douche est faite à l'entrée.

Le protocole de préparation cutanée est suivi au bloc opératoire selon les recommandations ; il varie selon le praticien.

Les règles d'hygiène sont spécifiques au bloc opératoire : tenue vestimentaire, lavage des mains, la discipline, les allées et venues, les circuits, la stérilisation ...

Pour la gestion de l'air, les salles d'intervention sont pressurisées. Une salle est à plafond soufflant, les autres à plafond diffusant.

Si un problème de circulation d'air survient, et que le technicien ne peut y remédier, la salle est fermée.

Une procédure de réouverture est en place. La prévention des risques liés à l'environnement est effective. Au niveau de l'air, les prélèvements sont annuels.

Pour la gestion de l'eau, les prélèvements sont programmés et tracés ; au niveau de l'eau chaude, ils se font 2 fois par an.

Au niveau des auges, c'est l'IDE qui change les filtres.

L'hygiène des locaux est optimale : le bio-nettoyage est assuré par le personnel du bloc entre chaque intervention et le soir.

Les prélèvements de surface sont organisés selon un calendrier et un carnet sanitaire en permet la surveillance.

La gestion du linge et des DASRI est organisée.

Un dispositif de signalement est en place selon une procédure. La surveillance des IN et des ISO est en place. C'est l'EOH qui est destinataire des données de surveillance des ISO. La participation au réseau de surveillance est en place. Les résultats sont communiqués.

La PEC du patient est réalisée dans des conditions de sécurité optimale. Une évaluation du risque infectieux est systématique pour la mise en place de mesures préventives adaptées. La connaissance et la mobilisation des professionnels sur les sujets prioritaires est effective.

Des démarches d'amélioration sont en cours.

La communication est assurée. Concernant cette thématique, au niveau des circuits « la marche en avant » est organisée.

Les interfaces de ce secteur avec les autres sont opérationnelles. Les instances opérationnelles sur ce secteur fonctionnent. Le CLIN organise cette politique avec la CME. La CDU est mise au courant par ses membres qui siègent dans les instances.

Des compte rendus sont élaborés et sont systématiquement diffusés.

La traçabilité des actions et des activités est effective notamment au niveau de tous les types de prélèvements.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques de l'ensemble du processus sont réalisées.

Elles portent sur l'ensemble de la thématique. Il s'agit du :

- recueil des IPAQSS au nombre de 3 : ICALIN2, ICSHA2, ICALISO tous en A ;
- recueil des indicateurs internes et leur suivi : nombre d'AES, taux de conformité des contrôles.

La réalisation d'audits internes et externes sont réalisés : hygiène des mains ; contrôle de la douche ; pratiques en endoscopie digestive ; bio-nettoyage ; gestion du linge et des DASRI. Un suivi est tracé. Le Coordonnateur de la Gestion Des Risques participe à des sessions en hygiène et sur le RI.

Une évaluation des actions et des pratiques est continue : création d'une « chambre des erreurs », de « pédagogie 2017 » avec des quizz sur l'hygiène ; participation aux journées du CCLIN, ARLIN et à l'enquête annuelle sur les IN. L'EOH participe à des « partages d'expérience. Sont réalisées à la demande des RMM, des CREX (présence d'aiguilles de suture au sol), une analyse ALARM (risque d'endophtalmie). Deux EPP sur la pose de cathéter veineux périphérique et l'uniformisation de l'antibioprophylaxie en ophtalmologie sont en étape 4. Le groupe pilote est responsable de ces évaluations. Un dispositif de suivi des évaluations est en place. Il est lié aux indicateurs nationaux.

Des bilans d'activité sont réalisés sur l'ensemble des résultats d'évaluation.

La mise à jour de la gestion documentaire est continue avec de nombreuses procédures informatisées.

La déclaration des EI est assurée et étudiée par le praticien hygiéniste.

Le rapport annuel du CLIN fait part des actions d'évaluation et de son bilan ; il est diffusé auprès des instances. Les professionnels et les usagers sont informés ; la communication est tracée.

Le PAQSS est revu annuellement.

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

Un dispositif institutionnel d'amélioration continue est en place.

Les principales actions d'amélioration concernent l'ensemble de la thématique du risque infectieux.

Les indicateurs au TBIN sont déjà en A ; il faut donc maintenir ce niveau. Au niveau des AES, des boîtes de recueil des piquants et tranchants (OPTC) sont mises en place au bloc opératoire pour en prévenir la survenue.

Au niveau du bloc, plusieurs actions sont tracées : amélioration de l'hygiène entre chaque patient, réorganisation du processus endoscopie, hygiène des mains plus rigoureuse. Sur le plan de la tenue, des sabots de différentes couleurs remplacent les anciens pour différencier les circuits propres et sales. Des tenues violettes sont à porter par ceux qui sortent du BO. Le nombre des tenues à usage unique utilisées est en progression.

Des changements de filtres, du groupe de froid, de l'adoucisseur de la VMC sont réalisés. La sécurité environnementale est améliorée : optimisation des prélèvements, surveillance bactériologique et mesures préventives, bio-nettoyage plus rigoureux... En secteur de stérilisation, l'achat d'un nouvel autoclave a été effectué. Dans le secteur de l'hébergement, sont créés des kits pour opérés adultes, enfants et obèses. Des chaussons et des surchemises sont utilisés.

L'informatisation continue à se développer (laboratoire anatomo-pathologique).

Les plans de maintenance sont révisés. Le groupe pilote de la thématique est chargée de la mise en œuvre de ces actions.

La périodicité est le plus souvent annuelle. Ces actions d'amélioration sont directement articulées avec le PAQSS.

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

Les modes de communication et de diffusion des résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont essentiellement les affichages, les documents dans le classeur et informatisés, le livret d'accueil, les diaporamas télévisuels, les brochures... En ce qui concerne les indicateurs nationaux, ils sont affichés. Ces actions de communication dépendent directement du groupe pilote. Elles se font grâce à ce type de supports et avec une périodicité semblable à celle des actions d'amélioration. ; Ces sujets sont communiqués auprès des professionnels très motivés et solidaires au sein du CCA, auprès des usagers, qui siègent aux instances et sont partie prenante. Le TBIN est affiché.

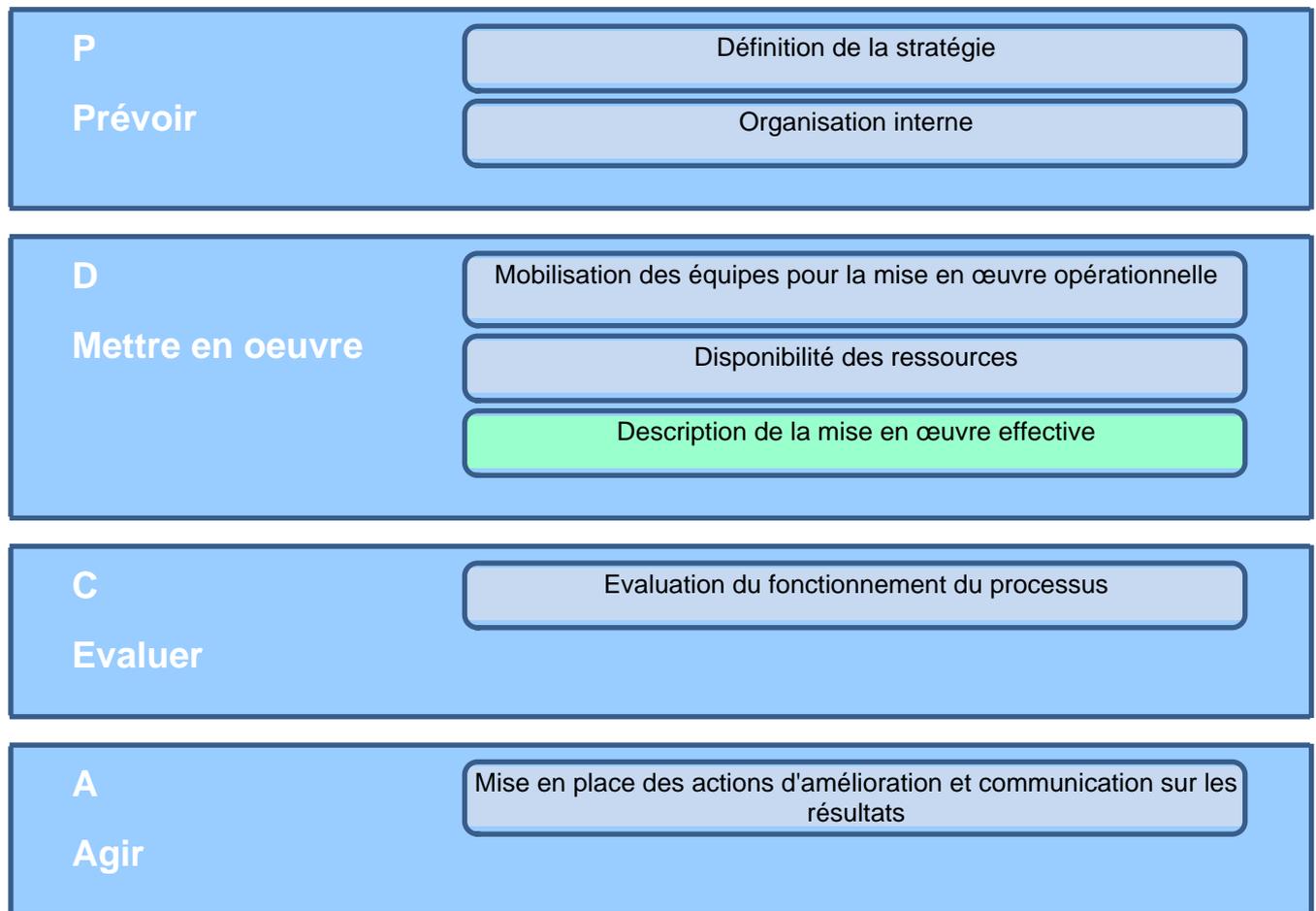
DROITS DES PATIENTS

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

Avec l'assistance méthodologique du service qualité, les risques ont été identifiés et hiérarchisés avec l'ensemble des membres du groupe thématique en utilisant la cotation définie par la HAS. Sur ce processus, 5 risques ont été inscrits dans le Compte Qualité.

Ce travail s'est fait notamment au travers de l'analyse des questionnaires de satisfaction patient et des audits menés en interne.

En regard de cette cartographie des risques, le groupe de travail missionné a formalisé un plan d'action priorisé assorti d'échéances, d'indicateurs, de suivis et décliné au travers d'un plan d'actions articulé, intégré au programme d'actions institutionnel et dans le compte qualité.

Dans ce cadre et au travers de la stratégie ainsi définie, le respect des droits des patients (bienveillance, dignité, intimité confidentialité, libertés individuelles, etc.) a été présenté aux instances et pris en considération en association avec la CDU, communiqué à tous les acteurs concernés.

L'établissement vise à développer la prise en compte des droits de patients en menant notamment les actions suivantes en répondant aux exigences des orientations régionales et nationales :

- prévenir la maltraitance ;
- respecter les droits des patients en les faisant acteur de leur prise en soins ;
- prendre en charge la douleur ;

Le rappel des droits fondamentaux des patients est également repris au sein des orientations stratégiques du centre de chirurgie ambulatoire.

Au vu des résultats des données disponibles sur ce thème et de l'analyse des données des IQSS, le groupe constitué sur le sujet a souhaité travailler en priorité sur les éléments suivants :

- le défaut de respect de l'intimité du patient
- le défaut de traçabilité de l'information du patient en cas de dommage lié aux soins ;
- le défaut de confidentialité des informations écrites
- le défaut d'information du patient, de l'entourage et/ou défaut de compréhension de l'information délivrée .

ORGANISATION INTERNE

L'organisation, les pratiques permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient.

Les pilotes de ce processus sont connus et ont une fiche de missions comme dans le cadre des autres thématiques investiguées. Cette organisation, compte tenu des origines diverses tant culturelles que culturelles de la population reçue, a permis d'élaborer une charte de laïcité, connue de tous ce qui a été vérifié lors des investigations patient traceur. Une réflexion collégiale est menée pour adapter les exigences d'une prise en soins sécurisée et le respect des libertés et des convictions des patients.

Pour l'ensemble des professionnels concernés, l'identification des besoins en formation initiale et continue, notamment celles des formations aux droits des patients (bienveillance, dignité, intimité, confidentialité, libertés individuelles), est planifiée et réalisée.

Un accueil personnalisé et un soutien de l'entourage des patients dans les situations qui le nécessitent sont définis, notamment lors d'annonce de diagnostic grave, fait par le médecin assisté et relayé par les infirmiers. L'information du patient tout au long de sa prise en soins est assurée, la notion bénéfice/risque est sous-jacente dans toutes les décisions de geste thérapeutique.

Le dispositif d'information du patient sur son état de santé et les soins proposés sont inclus dans une démarche structurée d'information.

L'information en cas de dommage lié aux soins fait l'objet d'une procédure, validée en CME. Elle fait l'objet d'enregistrement afin d'assurer la traçabilité de l'information dans le dossier de soins du patient concerné quand nécessaire.

L'organisation prévoit également de relayer l'information, lorsque la situation se produit, auprès de la personne qui s'occupe de la gestion des dossiers des plaintes et de réclamations dans un souci d'anticipation et de mise en place d'actions.

La communication du dispositif est définie .

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En déclinaison du programme institutionnel et en lien avec les plans d'actions inscrits au Compte Qualité, les professionnels élaborent des projets de prise en soins qui incluent la dimension du respect des droits du patient. Le cadre de santé élabore en lien avec les référents qualité la mise en œuvre et le suivi des plans d'action inscrits au PAQSS.

Des sensibilisations ont été effectuées par des intervenants en interne, sur l'information du patient en cas de dommage lié au soins et, plus récemment, sur le recueil des directives anticipées, des actions sont menées au regard des résultats des enquêtes de satisfaction .

Des EPP ,RMM et CREX sont organisées et traduisent la volonté des professionnels de réfléchir a posteriori sur les dysfonctionnements observés et les événements indésirables survenus.

Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, des directives anticipées sont définies dans le livret d'accueil où sont également décrits les projets personnalisés qui prennent en compte les conditions visant à préserver les libertés individuelles et les risques de leur non-respect,celles ci sont connus de tous les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences , matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans le secteur de soins y compris au bloc opératoire.

Les professionnels ont bénéficié d'une formation portant sur des thèmes en lien avec la promotion de la bientraitance ainsi que sur la prise en compte de la douleur,les personnels rencontrés expriment leurs intérêts pour ce type de formation et restent sensibilisés sur le respect des droits.Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre (formations, sensibilisation, politique de bientraitance, FEI).

Des documents sur le respect de la confidentialité, la charte du patient hospitalisé, la charte européenne de l'enfant hospitalisé sont affichés dans le hall d'entrée ,des prospectus sont disponibles dans le service.

Un livret d'accueil est distribué aux patients qui les informe, entre autre, sur leur droits et sur les missions de la CDU. Un espace, accessible dans le hall d'entrée, est à la disposition des représentants d'usagers membres de la CDU lieu où les experts les ont rencontrés.

Les locaux sont adaptés aux exigences de confidentialité, de respect de l'intimité et de la dignité des patients, et d'accessibilité pour les patients et leur entourage à mobilité réduite.Des lieux de vie et de convivialité sont prévus pour l'entourage,un salon est mis à disposition pour permettre aux accompagnants d'attendre le patient pour l'accompagnement lors de"la mise à la rue".

Des outils d'évaluation de la douleur sont mis à la disposition des professionnels pour tous les patients non communicants et enfants compris.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre (formations, sensibilisation, politique de bientraitance, FEI).

Le dispositif de prise en compte d'une situation évocatrice d'une maltraitance avec fiche de signalement spécifique est structuré,la réaction des personnels dans ce cas est organisée.

Les pratiques du centre de chirurgie ambulatoire permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (zones de confidentialité,bureau isolé pour les pré admissions, accès informatiques individuels, charte informatique).

Les praticiens veillent à respecter la confidentialité des patients, selon leur autonomie, en privilégiant les entretiens individuels dans les chambres ou en secteur de consultations.

Sur la macro cible d'entrée du plan de soins informatisé, on retrouve le renseignement de la personne de confiance ,et la traçabilité de la douleur.

La traçabilité du recueil du consentement éclairé notamment sur les actes invasifs et/ou à risque est effective,les documents signés sont numérisés dans le dossier de soins informatisé.

Le dispositif de recherche des directives anticipées est décliné et, si nécessaire, les professionnels rencontrés tracent cet élément.

Les modalités d'accès au dossier médical sont, mises en œuvre et tracées.

Les plaintes et réclamations font l'objet d'un suivi tracé.

L'information du patient en cas de dommage lié aux soins est réalisée et tracée dans le dossier.

Le protocole qui décrit les prérequis nécessaires à toute réalisation d'un soin est appliqué.

La procédure de la non divulgation de la présence d'un patient à sa demande est connue des acteurs, cette demande est exceptionnelle.

Dans le service et en fonction des spécificités, les professionnels proposent aux patients des supports d'information ciblés (douleur, protocoles de prise en charge, livret d'accueil spécifique aux différents types de chirurgie, directives anticipées, etc.).

Les staffs, comptes rendus des réunions du secteur de soins permettent le suivi et la traçabilité des actions entreprises.

Les Projets de soins personnalisés concertés avec les patients ou l'entourage sont formalisés et les pratiques permettent le respect des libertés individuelles.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La Direction Qualité du centre de chirurgie ambulatoire des Angles a posé et suit les indicateurs permettant de répondre aux objectifs posés (nombres de réunions, état d'avancement des actions, bilan des contentieux, etc.).

Le CCA suit régulièrement un tableau de bord qualité incluant de nombreux indicateurs relatifs au respect des droits des patients.

L'évaluation porte également sur l'analyse des FEI en lien avec la thématique Droit des patients. Le groupe thématique « droits des patients » assure des réunions régulières afin de mettre à jour le plan d'actions priorisé sur le compte qualité.

Le délai de réponse aux réclamations des patients est suivi ainsi que le bilan des demandes de dossiers médicaux même si cette situation est exceptionnelle.

L'établissement évalue également cette thématique au travers des rapports d'activité du CLAN, CLUD, CLIN, CDU avec un suivi des plans d'actions d'amélioration, disponibles dans la GED

Par ailleurs, de nombreuses enquêtes de satisfaction sont réalisées et dont les résultats sont déclinés dans le PAQSS.

La satisfaction des usagers mesurée, par les réponses au questionnaire de sortie ainsi que celles aux enquêtes de satisfaction, est très positive.

Les questionnaires de sortie avec remarques négatives sont systématiquement transmises pour mise en place d'actions correctives.

La CDU a établi un bilan d'activité annuel avec analyse des données.

Enfin, l'évaluation est également réalisée au travers des audits externes réguliers.

Par l'intermédiaire du CQ et du suivi de ses plans d'action priorisés, par le suivi des indicateurs de l'établissement et IPAQSS, des questionnaires de satisfaction, des bilans de la CDU et de tous les audits réalisés sur l'établissement, le dispositif d'évaluation et de suivi est organisé dans le cadre d'un suivi en continu par le service qualité et les pilotes des processus.

La CME suit le déploiement des CREX et des RMM ainsi que des EPP .

A / AGIR

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

De nombreuses actions ont été réalisées avant la visite suite à l'analyse des audits, évaluations ponctuelles et suivi des indicateurs.

Les actions d'amélioration inscrites au plan d'action relatif aux droits des patients sur le Compte Qualité sont mises en œuvre et suivies par les pilotes et responsables des actions, en lien avec la CDU.

A ce jour, la plupart de ces actions sont réalisées ou en cours.

Les éléments issus des audits donnent lieu à des actions d'amélioration.

La communication des résultats est réalisée, en interne auprès des professionnels lors des réunions de service organisées par l'encadrement et dans le cadre de la CDU auprès des usagers.

Le CCA assure l'affichage des résultats des indicateurs nationaux et les professionnels disposent de la mise en ligne des résultats d'enquête et du suivi des indicateurs sur l'intranet.

Un programme diffuse en boucle ces informations à l'intention des usagers sur un téléviseur dans le hall d'accueil.

Ce programme est également diffusé sur Intranet, dans la base documentaire.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

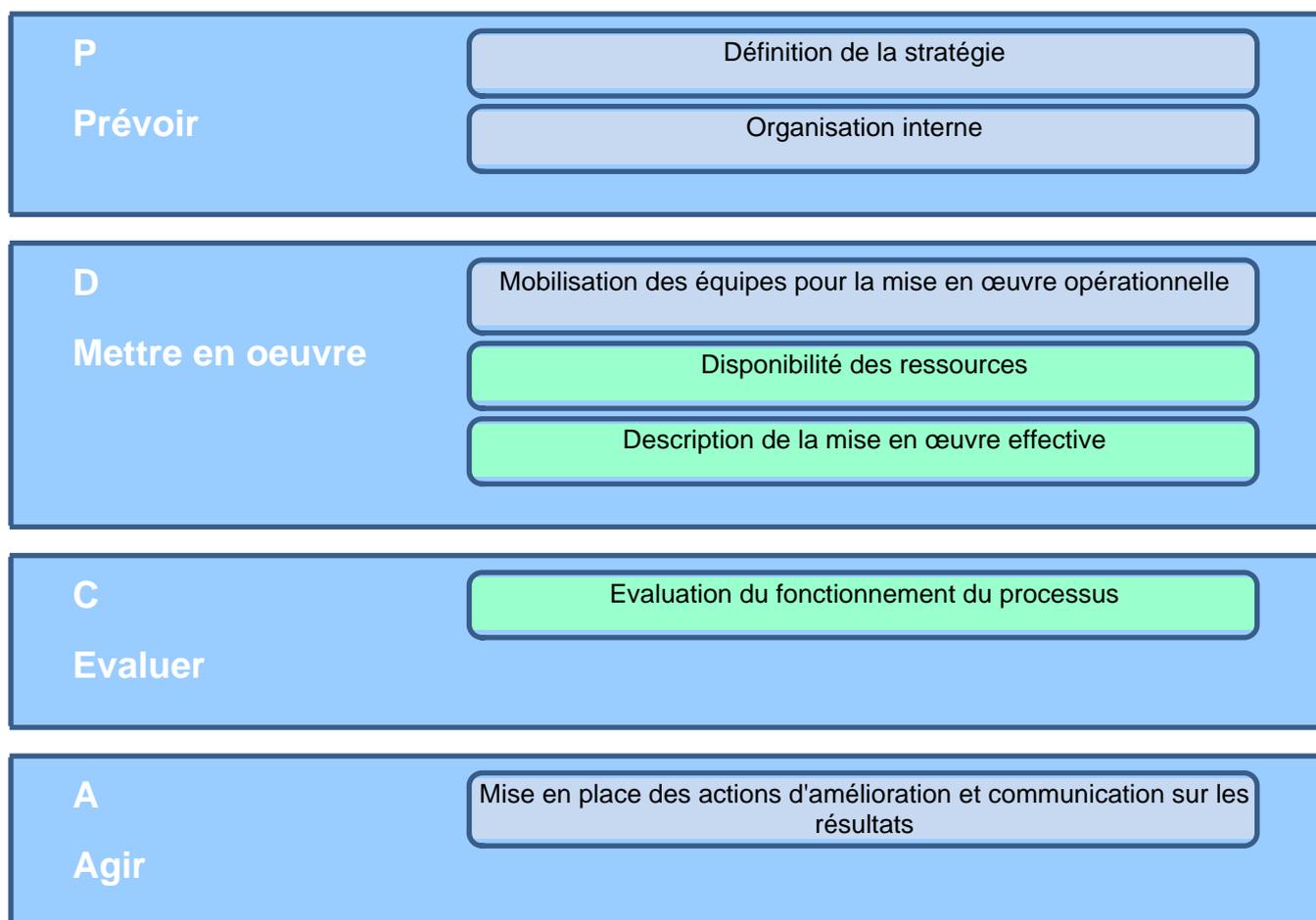
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre de chirurgie ambulatoire (CCA) des Hauts d'Avignon bénéficie d'une autorisation de prise en charge globale de 15 lits de chirurgie ambulatoire et d'endoscopie et de 6 places de soins post interventionnelle. Son activité est axée sur les spécialités telles la chirurgie vasculaire, l'ORL, l'OPH, la stomatologie, la gastro enterologie, la dermatologie, la chirurgie esthétique, orthopédique et gynécologique avec un projet d'extension en urologie et chirurgie viscérale, tributaire de recrutements chirurgicaux. Cette activité centrée uniquement sur la prise en soins des patients sur un seul jour, s'inscrit dans le nouveau paradigme de la chirurgie sur le plan national ainsi que sur les préconisations des tutelles.

Le centre chirurgical a défini une stratégie et des objectifs en relation avec le parcours du patient, uniquement ambulatoire, s'appuyant sur le contexte régional, les besoins de la population définis dans les schémas de planification sanitaire, le projet médical de territoire (où le CCA s'est inscrit depuis de très nombreuses années). Cette stratégie fait partie intégrante du projet d'établissement. Elle est validée par les instances concernées dont la CME (commission médicale d'établissement), la CDU (commission des usagers).

La cartographie des risques du processus "Parcours du patient" a été réalisée s'appuyant sur les indicateurs nationaux et sur les préconisations de la précédente itération, par un groupe de travail pluriprofessionnel (médecin pilote, directrice, cadre de santé, référente admission, infirmière référente), selon une méthodologie définie avec des objectifs et des missions clairement identifiés, connus de l'ensemble des professionnels. Cette cartographie est reprise dans le programme d'actions institutionnel, formalisé et priorisé qui constitue le compte qualité.

Le centre médical a signé des conventions et mis en place des partenariats nécessaires à son fonctionnement aussi bien en amont qu'en aval.

ORGANISATION INTERNE

Le centre de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire autonome, comme il se définit, a organisé le pilotage du processus "Parcours du patient", sur la base d'un projet médical, organisationnel et architectural afin de répondre au mieux à la très courte prise en soins, à la sortie du bloc opératoire ou de la salle d'endoscopie et d'en assurer les suites, la présence constante sur site de l'équipe d'anesthésie sécurise le système. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans les fiches de missions dont les professionnels du terrain ont connaissance. Le médecin anesthésiste également coordonnateur de la structure ambulatoire, est le pilote du processus "Parcours", elle travaille en étroite collaboration avec le directeur (co pilote), le cadre de santé, assistée pour la méthodologie, de la responsable qualité.

Les effectifs nécessaires et les compétences sont identifiés en fonction des types de chirurgie. Les patients accueillis sont des patients dirigés par des médecins de ville pour des interventions ou endoscopies pouvant être gérées en ambulatoire. Le personnel en poste répond avec disponibilité aux besoins, l'atteinte des objectifs fixés tout au long de la journée avec une évaluation continue de l'état du patient, est réajustée si nécessaire.

Les procédures et documents d'information sont accessibles à tous sur l'intranet de l'établissement. Les documents à l'usage des patients sont mis à disposition. Les listes téléphoniques des médecins et de l'équipe de direction en astreinte hors temps de présence sur site, sont accessibles par tout professionnel. L'informatisation du dossier de soins permet à chaque intervenant de le renseigner en temps réel et d'y colliger les éléments indispensables à une prise en soins sécurisée et enrichir le projet de soins personnalisé (PSP).

Les ressources matérielles sont adaptées à la prise en soins des patients, des ordinateurs sont mis à disposition en nombre suffisant ce qui permet une traçabilité en temps réel, le dossier patient informatisé est accessible, son accès est sécurisé par code, une sauvegarde est effective. La maintenance est assurée par un technicien qui élabore et soumet à la direction le plan de renouvellement des matériels.

Les transports des patients pour tous transferts sont organisés. La sortie est prévue dès les consultations avec les proches, les structures d'aide à domicile si nécessaires et les médecins traitants.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les médecins, l'encadrement et les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration à mettre en oeuvre au sein du secteur de soins ainsi qu'au bloc, qu'en endoscopie, qui se déclinent en projet de soins et qui prennent en compte la qualité et la sécurité des soins dispensés ainsi que la maîtrise du fonctionnement du travail en équipe.

Selon les types d'actes chirurgicaux ou endoscopiques, des objectifs propres sont définis.

Des objectifs transversaux et les actions qui en découlent sont relayés par l'encadrement et la cellule qualité auprès des professionnels au cours des réunions et par affichage. Des sensibilisations, tant pour les personnels soignants que médicaux, sur les parcours par thématique ont été suivies, dans le cadre de la préparation de la certification. Ils portent principalement sur l'amélioration de l'accueil et l'accompagnement tout au long de la présence du patient, de la prise en charge de la chaîne de survie intra CCA, de la coordination et la continuité des soins d'aval, de l'homogénéisation du dossier patients, de l'organisation de la sortie.

La notion d'équipe médico chirurgicale est entretenue lors de réunions du secteur de soins, du conseil de bloc, CREX, RMM, par une dynamique managériale très forte privilégiant la qualité des soins en ayant un contact direct avec tous les intervenants impliqués, ce qui a été particulièrement remarqué lors des rencontres. Toutes les équipes, médecins inclus participent à l'élaboration des procédures propres à leur secteur, à la tenue des RMM, des CREX, aux patients traceurs, aux audits et chemin clinique.

L'encadrement s'assure également de la conformité des pratiques et de la connaissance approfondie des procédures principalement pour tout nouveau recruté, des évaluations périodiques sont programmées et suivies de réajustement si nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs.

Les compétences des professionnels en place répondent aux exigences des prises en charge dans le secteur de soins et au bloc opératoire.

Les personnels sont formés à la prise en charge des urgences vitales, du matériel adapté contrôlé est disponible. Des programmes et actions d'éducatives thérapeutiques sont en place. Des cycles de formations sont en place souvent dispensés en interne par l'équipe d'anesthésistes : sur la prévention de l'urgence suicidaire, sur la prise en charge de la douleur, prise en charge du diabète, à l'accompagnement des patients en fin de vie etc... Le recensement des compétences et les besoins en formation sont identifiés par la cadre. La cadre s'assure de l'appropriation des procédures et modes opératoires des professionnels particulièrement des nouvelles recrues afin de proposer et dispenser des soins sécurisés aux patients qui leur sont confiés. L'incitation à la déclaration des événements indésirables fait également partie des préconisations transmises par la cellule qualité, l'analyse et le traitement effectués par celle-ci sont diffusés pour actions d'amélioration lors de temps collectif d'échanges au sein du service.

Les locaux et plateaux techniques sont en adéquation avec les besoins et les différents types de prise en charge.

Les documents utiles à chaque type d'activité sont disponibles dans les services sur l'intranet du CCA. Les documents mis à disposition dans le logiciel permettent d'assurer le lien entre les personnels ils sont régulièrement réajustés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du patient dans le service et celui de son entourage est en adéquation avec les organisations prévues.

Le projet de soins personnalisé est établi dès la consultation du chirurgien, confirmé lors de la consultation avec le médecin anesthésiste et enrichi de la notion bénéfice /risque.

Lors des consultations la recherche d'un risque psycho social est systématique tout patient isolé ou présentant un déficit cognitif voire sans accès téléphonique ne sont pas toujours évincés du programme, des solutions sont recherchées si celles-ci n'aboutissent pas le patient est orienté vers un secteur de chirurgie conventionnel.

Les modalités définies sont mises en oeuvre: remise du livret d'accueil, accueil par un personnel identifié

qui procède également au recueil des données.

Un dispositif d'accueil permettant d'assurer la prise en charge et l'orientation des personnes se présentant pour une urgence est en place, ce qui arrive pour des petites plaies car le centre est située en face d'un espace de loisirs pour jeunes.

Le dispositif d'accueil prend en compte les filières d'accès direct en chirurgie ambulatoire, en endoscopie, les modalités d'accueil et d'admission permettent de référencer la mise en oeuvre des pré-admissions en chirurgie ambulatoire indispensable pour cette prise en charge.

Le CCA renforce ses liens avec la médecine de ville et les établissements voisins (conventions nombreuses en cours de réactualisation de façon à optimiser les admissions).

La mise en oeuvre des procédures de sécurisation de l'identification des patients est effective. Elle est effectuées, dans le service par les secrétaires et les IDE.

Une attention particulière est portée à l'accueil des populations fragiles et/ou démunies ou étrangères dans tous les secteurs.

L'évaluation initiale de l'état de santé est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en soins.

Comme l'ont démontré les audits "patient traceur", elle comprend les éléments spécifiques nécessaires dont, le dépistage des troubles nutritionnels, du risque suicidaire, évaluation et prise en charge de la douleur, des troubles mentaux etc.

La prise en charge des patients repose sur des réunions pluridisciplinaires (staff ou réunion de synthèse) au cours desquelles le projet de soins personnalisé est réévalué et tracé.

La coordination de la prise en charge fonctionne, les évaluations de tous les acteurs et leurs actes sont tracés. La prise en charge nutritionnelle est assurée. L'IMC (indice de masse corporelle) est renseignée dès l'arrivée et réajustée pour les anciens patients.

La coordination et la continuité des soins sont assurées; en heures ouvrables les anesthésistes présents sur site sont toujours joignables, hors ces horaires, pour après "la mise à la rue" un numéro est donné aux patients afin qu'ils puissent avoir une réponse en cas de problème, qu'un rendez vous post opératoire avec le chirurgien. L'appel du lendemain est effectif et tracé dans le DPI

La programmation est assurée par « la cellule de régulation ». La veille des hospitalisations et à partir de tous les éléments du dossier: un MAR + la surveillante du Bloc + l'IDE d'ouverture de salle se réunissent au bloc pour planifier les interventions. Il est alors informatisé. Le parcours du patient et le fonctionnement du secteur: la prise en soins du patient se déroule de la façon suivante à chacune des étapes: à l'entrée, l'accueil administratif est fait par la secrétaire médicale qui vérifie son identité (copie de la CNI). Elle valide l'admission. Elle vérifie son éligibilité et la présence de tous les documents et des différentes informations médicales et chirurgicales. S'il s'agit d'un enfant, les 2 parents doivent signer l'autorisation d'opérer. Si l'un des 2 parents est absent, une procédure est en place. Sont notées la personne qui vient chercher le patient et la personne présente au domicile lors de son retour. Le MAR et le chirurgien vont réaliser les actes; le passage en SSPI est obligatoire jusqu'au réveil.

Une IDE ou une AS polyvalente (qui dépend du bloc) prend en charge le patient: contrôle des étiquettes, remise du bracelet, consultation du programme pour s'informer du type d'intervention. Elle consulte sur l'ordinateur la présence de la totalité des documents qui ont été scannés si nécessaire.

Elle vérifie l'arrêt éventuel des traitements, la prise de la douche, le respect du jeun, et les préparations effectuées selon protocoles. La check-list hébergement est alors remplie. A son appel, le patient est accompagné au bloc opératoire, le plus souvent debout.

Sur le document de sortie sont notés les n° de téléphone du CCA et du MAR d'astreinte.

Un autre n° est communiqué: c'est celui d'une société qui prend le relais téléphonique dans les consignes de prise en charge en cas de problèmes; elle redirigera le patient vers les praticiens du CCA ou le SAMU selon la gravité. La liste des MAR d'astreinte hebdomadaire est affichée et signée les vendredis.

L'appel à J+1 est réalisé par l'IDE le lendemain. Il est tracé sur une fiche. L'IDE dédiée ou l'aide soignante déléguée va récupérer le patient au bloc opératoire avec ses consignes de soins tracées.

Le retour du bloc est protocolisé par type d'intervention. Une surveillance et une évaluation de la douleur sont réalisées.

Les prescriptions sont réalisées et tracées. Une collation est distribuée dès que le patient est réveillé. L'heure de sortie est fixée selon le protocole. Le MAR revoit tous les patients avant leur départ sauf les cataractes qui sont revus le lendemain par l'opérateur tout comme les patients ayant eu une endoscopie.

La composition des groupes de travail et instances chargés de la mise en oeuvre des éléments du parcours du patients (CLUD, CLIN, etc...) sont pluridisciplinaires.

Des actions éducatives ,l'apprentissage d'un geste,d'une technique de soins,d'une auto surveillance sont proposées par les soignants

L'évaluation initiale et continue de l'état de santé du patient et la définition d'un projet de soins personnalisé,l'age des patients allant de la petite enfance (1 an) au grand âge, réévalué périodiquement est tracée comme il a été observé au cours des audits "patients traceurs".

Celle ci comporte un volet bénéfice /risque qui se décline en risque lié au patient,lié au type d'intervention (Hémorragique,trombo embolique,ventilatoire,algique)indispensable à diagnostiquer pour ces types rapides de prises en soins.

Il est en est de même de l'évaluation de la douleur, des troubles nutritionnels et du risque suicidaire .

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Outre les indicateurs nationaux QSS, ceux définis par l'AFCA,des audits "patients traceurs" ont été effectués avant la visite de certification. Des tableaux de bord d'indicateurs sur le parcours et par type de chirurgien,sur les taux de transfert,sur les ré hospitalisations (4 en 2015),taux d'appel vers le numéro d'appel d'urgence sont mis en oeuvre.

Des enquêtes de satisfaction auprès des patients sont mises en place, celles ci sont analysées, des propositions d'actions d'améliorations en découlent et sont diffusées à l'ensemble du personnel.

Des EPP sont en cours sur les différents types de chirurgie .

Les bilans annuels des instances contribuent à l'évaluation (CLIN, CLUD, ...).

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,un bilan est fait annuellement.

La stratégie" parcours du patient "ainsi que la politique EPP sont ajustées en fonction des résultats des indicateurs et du suivi du plan d'actions associé qui est réajusté également si nécessaire.

Les résultats des IQSS et de tous les indicateurs font également l'objet de diffusion en interne (téléviseur salon),au cours de réunions formelles et informelles,et lors des commissions (CME,CDU,...)

Des perspectives découlent des résultats comme le développement de la coordination ville hôpital(dossier partagé),du réseau avec les infirmiers libéraux,de la télésurveillance à domicile.

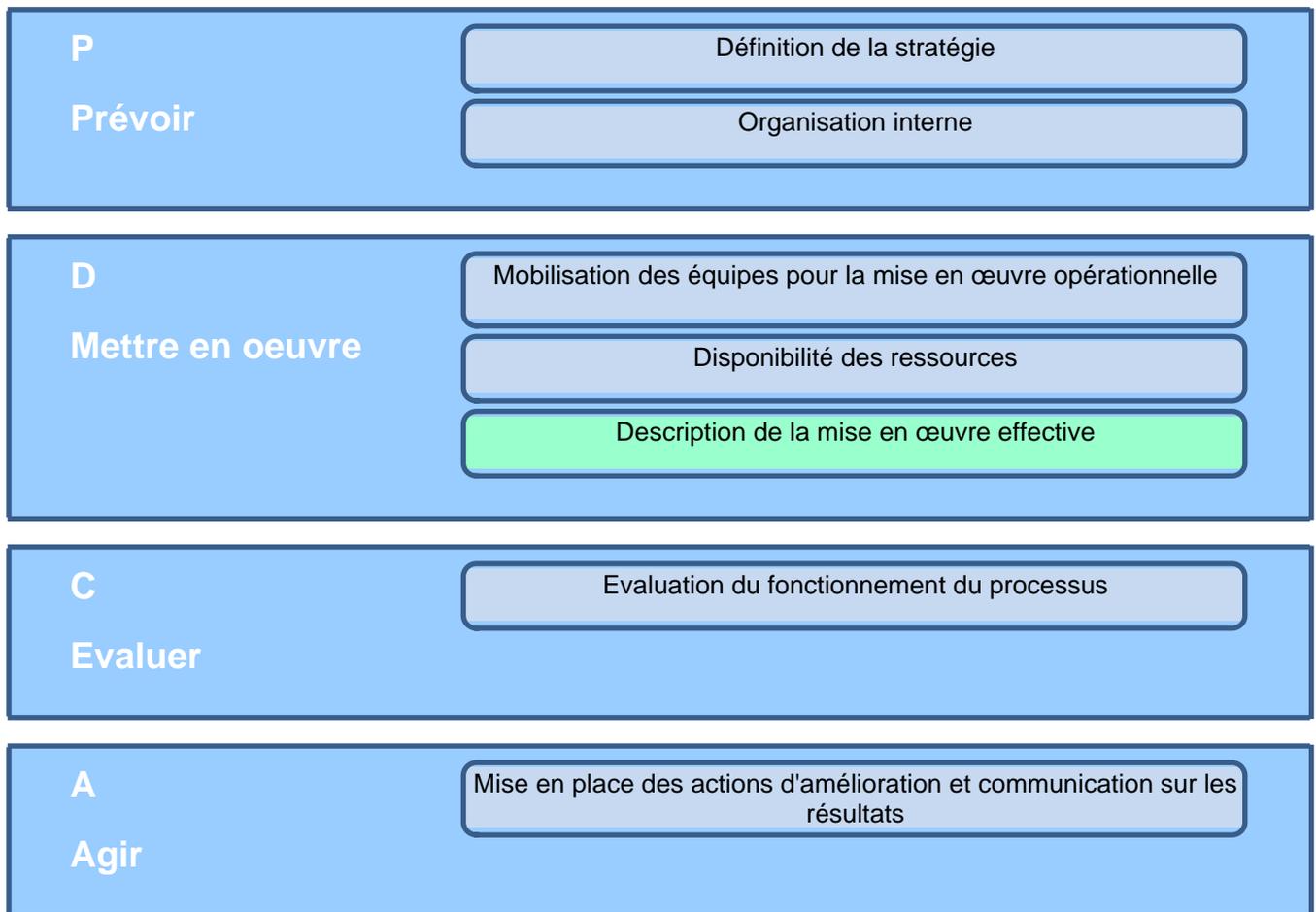
DOSSIER PATIENT

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

Des conventions sont en place avec des établissements hospitaliers publiques ou privés de la région. Toutes les instances sont présentes et coordonnées ; la C.D.U. reste très participative. Un C.P.O.M. définit les orientations stratégiques pour 2013-2018. Une politique du dossier patient est définie en cohérence avec les autres politiques qui est une des priorités du PE.

Des règles de gestion sont formalisées sur sa composition, sa tenue, la confidentialité, son utilisation, son accessibilité, son archivage, ainsi que l'accès du patient à son dossier dans des délais recommandés. Cette politique intègre le projet du système d'information du CCA avec déploiement de l'informatisation en interne au bénéfice des pratiques médicale et soignante.

Les données utilisées sont les décisions de la V2010, les IPAQSS (DAN), une EPP, des évaluations internes effectuées du dossier de soins.

Ces dernières ont constatées un défaut d'exhaustivité des éléments para-cliniques et d'information issues des informatisations externes.

Trois risques à partir d'une cartographie ont été identifiés ,analysés priorisés , selon la grille HAS.

Dans le compte qualité, les plans d'action sur les risques identifiés sont mis en œuvre.L' informatisation du dossier a commencée en 2012 est formalisée avec une extension totale prévue pour 2017. Le COMPTE QUALITÉ a été renseigné sur cette thématique par la RAQ, la cadre de santé et des secrétaires.

Les plans d'action ont été soumis à l'avis de la CME,ils intègrent le PAQSS institutionnel, il est validé par les instances.

Les objectifs d'amélioration ciblés sont une meilleure coordination des soins entre professionnels et un dossier plus accessible. Ce PAQSS est évalué annuellement et réajusté.

ORGANISATION INTERNE

La mise en œuvre de ce processus englobe la gestion du dossier patient, l'accès du patient à son dossier et son informatisation.

Le groupe pilote de la thématique est composé de la Directrice, de la RAQ et de la Cadre de santé ainsi que du responsable du système d'information pour l'approche technique. Un médecin DIM assure sa fonction pour l'ensemble des établissements du Groupe dont est membre le CCA. Ce groupe pilote s'est réuni à plusieurs reprises. La participation de chacun est tracée. Les missions des pilotes sont définies, les fiches de postes sont documentées et les formations proposées suivies dans le cadre du plan de formation. Les instances consultées sont le COPIL et la CDU,cette dernière a été sollicitée pour avis pour la mise en place de la charte du patient hospitalisé, disponible et traduite en plusieurs langues.

Les formations sont organisées et pour les nouveaux arrivants, l'intégration est progressive et organisée. Une formation par la secrétaire médicale de l'ES auprès des secrétaires des cabinets médicaux est organisée.

De nombreuses procédures ont été élaborées par le personnel et la cellule qualité. Elles sont en lien avec la politique du dossier : communication, conservation, destruction des données confidentielles. D'autres concernent le SIH : le DPI, modalités des droits d'accès, formations informatiques, tutoriel d'utilisation du logiciel, tutoriel pour nouvel arrivant,... Les documents sont informatisés ; ils concernent le guide du DP, les comptes rendus (CR) des instances, les CR de la CDU (demandes de dossiers, délais de réponses). Une « traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge (PEC) du patient en temps utile dans le DP » a un support informatique. Les règles de tenue du DP et les règles d'accès à son dossier sont communiquées et formalisées. Ces documents sont connus de l'ensemble des professionnels et sont accessibles.

A l'entrée du C.C.A.,se trouve un espace d'accueil .Une zone de confidentialité est tracée. Une salle d'attente est également mise à disposition avec des documents d'information. Le secteur d'hébergement, se composent plusieurs chambres équipées et d'un poste de soins central. Le personnel utilise des ordinateurs avec imprimante permettant scanner les documents papiers et des tablettes informatiques supplémentaires pour se rendre au chevet des patients et y colliger en temps réel les éléments. L'imprimante permet à certains praticiens d'éditer le C.R.O. remis au patient avant sa sortie. La maintenance est assurée par l'informaticien.

Le système d'information est organisé pour rendre l'informatisation opérationnelle et développer son optimisation. Un véritable projet est en place et structuré. Un informaticien est sur place et disponible.

Le système est sécurisé : pour les professionnels, des profils par profession sont établis avec changement du mot de passe tous les 3 mois. Le processus dégradé est organisé. Par service, un ordinateur sert de « plan de soins de secours » avec un enregistrement des données toutes les 5 minutes pour une mise à jour sauvegardée. L'archivage informatique se fait sur un serveur situé à Lyon. L'archivage papier est externalisé et sécurisé. La coexistence des supports papier et informatique est organisée.

Les principales interfaces identifiées en lien avec le secteur d'activité et qui ont accès au DP sont les cabinets de consultations des praticiens, le bloc opératoire pour les interventions, la PUI où les protocoles d'anesthésie sont tracés. Lors d'un transfert de patient, la mise en place d'une fiche de liaison permet une transmission des informations afin d'assurer la continuité des soins. Les documents en provenance des laboratoires et du service de radiologie sont numérisés. Toutes les instances sont partie prenante dans la tenue du dossier patient. Les circuits sont établis.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les principaux risques et objectifs identifiés sont issus de la cartographie du processus. Ils ont été établis par le groupe pilote. Ils concernent toutes les étapes de prise en soins dans le dossier du patient. Certains sont en rapport avec les IPAQSS. Les plans d'action sont déployés.

C'est ainsi que la pré-admission est rendue obligatoire, que la complétude du dossier est vérifiée lors de la pré-entrée, que les patients sont informés des documents obligatoires à apporter, que la formation du personnel est organisée. La mobilisation des équipes est importante tant pour personnel soignant que pour les praticiens.

Il a été constaté lors de la visite une solidarité importante entre les différents acteurs du soin et l'équipe managériale.

Des actions d'évaluation sont réalisées : une E.P.P. sur l'informatisation de l'identité du patient est en cours ; des RMM et CREX régulièrement ; la gestion des réclamations des patients; la déclaration des Evénements Indésirables (EI) faite par informatique, analysée par le Coordonnateur de la Gestion des Risques avec un retour organisé. Les professionnels sont informés des résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources en compétences est constaté sur le terrain. Les effectifs et compétences sont en adéquation pour la prise en soins sécurisée du patient selon les objectifs et plans d'actions en place. A la suite des différentes investigations, il a été constaté que le personnel connaît les Risques, le CQ, le PAQSS, et les EI. La procédure de déclaration est connue. Les secrétaires médicales sont formées aux applications informatiques, règles de tenue du dossier, règles d'accès au dossier.

Un tutoriel a été édité qui porte sur la réservation du séjour avec intégration des données correspondantes. Une meilleure communication est aussi mise en place pour l'organisation de l'accès du patient à son dossier. La disponibilité des documents est assurée. Leur accessibilité est rendue facile et sécurisée grâce à l'informatique. L'élaboration de ces documents s'est faite avec les professionnels. Ils sont réactualisés régulièrement. L'accès du dossier informatisé est possible pour tout le personnel de l'accueil, en service d'hébergement comme au bloc opératoire. Les secrétaires médicales ont accès sécurisé au dossier informatisé du patient avec un identifiant et un mot de passe modifiés tous les 3 mois. Les procédures en rapport avec la tenue du dossier sont informatisées; il en est de même pour l'accès du patient à son dossier. Ce dossier informatisé est sécurisé : chaque personne a un mot de passe selon son profil. L'ensemble des praticiens y adhère et l'utilise. L'archivage est organisé selon la réglementation. Des feuillets de consignes post-opératoires par spécialité ont été établies et sont disponibles. Le livret remis à l'accueil à tous les patients, présente le CCA, informe le patient sur son parcours, présente le passeport ambulatoire et la charte de l'hospitalisé. Des plaquettes, des affichages papiers ou télévisuels informatifs sont aussi mis à disposition. Ces documents sont connus des professionnels et sont facilement accessibles.

Le matériel informatique est en nombre suffisant sur les différents secteurs. Il est fonctionnel et est adapté à l'activité. Au bloc opératoire sont disponibles des ordinateurs avec des claviers plastique lavables ; d'autres sont recouverts de plastique transparent; un bureau est réservé à la rédaction des compte rendu opératoire et d'endoscopie. Le cheptel informatique est également en nombre suffisant à l'accueil et en service d'hébergement. Le responsable technique, présent depuis de nombreuses années dans l'ES, a la charge de l'entretien et de la maintenance..

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La gestion du dossier patient est effective, elle a été modifiée récemment une procédure la définit, la responsabilité en incombe à la CME.

Le guide du dossier contient toutes les étapes et documents nécessaires. Son support est informatisé, sécurisé.

Les secrétaires, les IDE, les MAR, et autres praticiens en ont l'usage.

La secrétaire médicale et administrative d'accueil prend le patient en charge à son admission. Elle aura été chargée de effectuer l'appel de la veille et de valider l'admission. Elle accompagne le patient dans le service d'hébergement où l'infirmière l'accueille et le prend en soins. Celle ci assure les phases pré- et post-opératoire, et la préparation de sa sortie.

Son contenu est défini : en dehors du logiciel d'exploitation, et du DP lui-même, sont enregistrés la consultation spécialisée des MAR, des chirurgiens, les fiches de consentement éclairé, les examens para-cliniques, les feuilles de traçabilité des dispositifs médicaux, le double des ordonnances de sortie, les check-lists HAS (hébergement et identitévigilance).

Sa constitution se fait en plusieurs étapes avec différents documents dont :

- Consultations de spécialité (antécédents, fiche d'hospitalisation, bénéfice/risque, coordonnées du médecin traitant) ;
- réservation de séjour ;
- dossier MAR informatisé et autorisations d'opérer pour les mineurs ;
- la pré-admission (livret d'accueil, infos sur la PEC, documents d'identité, personne de confiance et directives anticipées) ;
- la préparation de la journée opératoire (cellule de régulation et mise à jour des heures d'entrée, de la chambre attribuée) :

Le DP devient accessible par chaque intervenant tout au long du séjour et dans chaque secteur d'activité;

- PEC du patient service d'hébergement
- bloc opératoire
- SSPI;
- Sortie du patient (prescriptions, compte rendus d'anesthésie, compte rendu opératoire, fiche d'hospitalisation édités avant sa sortie).

Le passeport ambulatoire est distribué à tous les patients à leur entrée avec le livret d'accueil où sont rappelés les consignes préopératoires : prise de la douche

- suppression des bijoux
- être à jeun
- rapporter les derniers bilans biologiques comme le bilan anticoagulant et les consignes post-opératoires à la sortie : suites normales – signes à identifier – soins para-cliniques – les conditions du retour – les prescriptions éventuelles
- les soins – l'arrêt de travail – la consultation post-opératoire.

Où il est rappelé qu'avant toute admission une pré-admission est obligatoire, qu'un appel à J-1 pour valider l'heure d'admission fixée à la programmation est obligatoire. Une procédure sur cet appel de la veille est en place celui-ci est tracé. Ce document est diffusé vers les secrétariats, l'accueil et l'hébergement.

La sortie est validée sur le dossier informatique par le MAR.

A sa sortie, les documents et un livret par intervention sont remis au patient. Le score de la mise à la rue est vérifié et tracé.

Tous les intervenants saisissent les données dans le DPI. L'accès est garanti via des accès sécurisés et des droits ouverts selon la profession.

La transmission des examens biologiques et des radiographies, est effectuée par messagerie médicale numérisée sécurisée qui est en cours d'optimisation. Tous les examens sont scannés par le personnel et intégrés au dossier informatisé systématiquement.

Les procédures et protocoles établis sur ce processus, les plans de soins sont mis en œuvre et respectés.

Les modalités de communication entre professionnels impliqués et correspondants externes sont organisées.

Le patient est informé de l'accès à son dossier ; ce processus est organisé et tracé dans le livret d'accueil, la charte et autre plaquette. Les délais sont respectés ; des indicateurs de suivi sont tracés. La CDU informe quant aux droits d'accès. La déclaration des EI est réalisée sur le terrain ; elle est informatisée.

L'EI déclaré est étudié par un référent ou le Coordonnateur de la Gestion des Risques qui en fait une première analyse.

Une alerte peut être déclarée si nécessaire. La réponse se fait plus ou moins rapidement. L'analyse une fois faite, le retour est informatisé.

Le Comité de Gestion des Risques se réunit 3 ou 4 fois par an ou à la demande. Les circuits à toutes les étapes sont en place et sécurisés. Les interfaces de ce secteur sont opérationnelles. Les instances opérationnelles (CME, Conseil de bloc, CLIN, CDU) sont concernées. Elles fonctionnent selon les règles

établies avec la structure Qualité Gestion Des Risques. La fréquence des réunions est variable. Des compte rendus existent et sont systématiquement diffusés.

La traçabilité des actions et des activités est effective. Elle est informatisée. Cette mise en œuvre a pu être vérifiée sur le terrain avec l'investigation " patient traceur".

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques de l'ensemble du processus sont réalisées. Elles portent sur l'ensemble de la thématique selon les indicateurs : le DAN ; le DPA hors protocole HAS, accommodé pour la chirurgie ambulatoire, à partir de 60 dossiers ; les indicateurs de l'A.F.C.A. au nombre de 5, tout au long du parcours du patient. D'autres indicateurs CCA 2013-2016 sur le processus DP montrent que les niveaux sont atteints pour 5 ; le nombre de demandes d'accès au dossier en 2016 est de 5 ; le délai moyen de réponse aux demandes de dossiers < 5 ans est redevenu normal. Leur traçabilité est effectuée. Des audits sont réalisés sur la gestion du dossier : présence des documents d'identité; renseignement de l'évaluation de la douleur. Les EI déclarés et traités ont été recensés au nombre de 16. D'autres actions sont en cours, englobant d'autres thématiques : généralisation de la présence du C.R.O. en fin d'intervention (cf. logiciel) ; informatisation de la check-list HAS ; mise en place de bracelets de couleurs différentes pour les homonymes ; le marquage du côté à opérer... D'autres évaluations concernent l'accès du patient à son dossier.

Le groupe pilote est responsable de ce dispositif d'évaluation. La tenue des dossiers est évaluée de façon régulière. Le suivi des évaluations est organisé à partir des indicateurs nationaux notamment.

A / AGIR

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

Un dispositif institutionnel d'amélioration continue est en place.

Il concerne l'ensemble des différents champs de la thématique, la tenue du dossier et son accès auprès des usagers.

Les principales actions d'amélioration mises en place sur cette thématique sont répertoriées : assurer la complétude du DP et optimiser la solution APYCRIP pour la transmission des résultats d'examens de laboratoires ; concrétiser une formation pluri-professionnelle sur le logiciel du DPI et garantir le droit d'accès au dossier ; assurer la traçabilité informatisée de tous les dispositifs médicaux implantables ; mettre en place un système informatique bloquant en cas d'absence de renseignement de certaines informations comme le côté à opérer... Certaines se font au regard des indicateurs nationaux.

Le PAQSS est révisé annuellement avec des actions d'amélioration en continu qui fixent de nouveaux objectifs en regard des résultats.

La pilote de la thématique est chargée de la mise en œuvre de ces actions. Enfin des projets au niveau du CCA sont en cours de réflexion : doublement de l'activité d'endoscopie digestive, amélioration de l'organisation péri-opératoire, recrutement de nouveaux praticiens, construction d'un hôtel d'hospitalisation .

Les modes de communication et de diffusion des résultats des évaluations et des actions d'amélioration sont essentiellement l'affichage, la gestion informatisée, et les mails pour les professionnels.

Ces actions de communication dépendent directement du groupe pilote. Elles se font avec une périodicité semblable à celle des actions d'amélioration. Il en est de même en ce pour les indicateurs nationaux. Par l'intermédiaire des rapports des instances et des commissions, les résultats sont communiqués auprès des usagers sur le même type de supports.

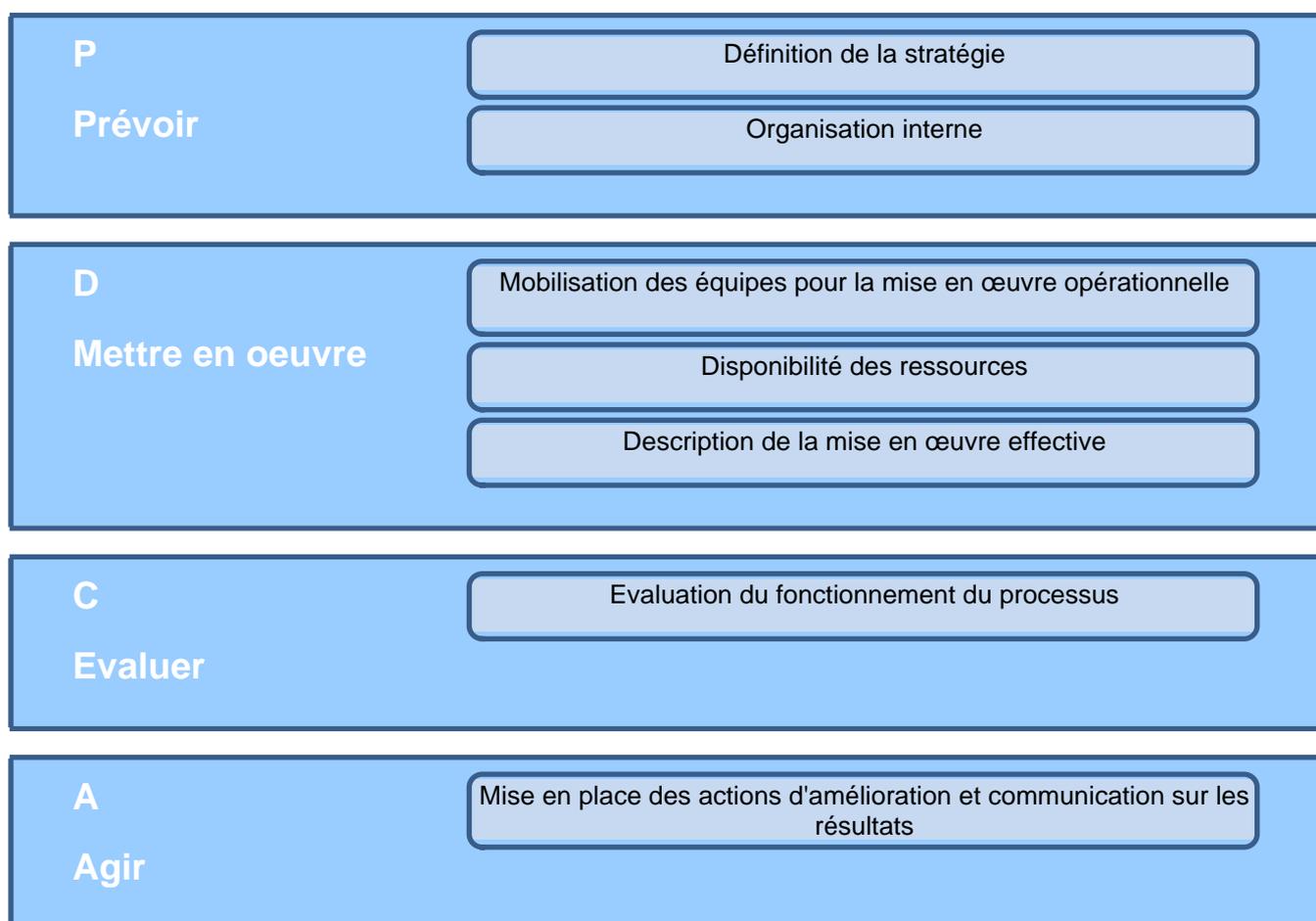
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse formalisée (2016-2018) élaborée sur la base d'une identification des besoins et d'une analyse des risques est mise en oeuvre elle s'appuie sur les résultats des IQSS et des préconisations des précédentes itérations.

Une procédure sur l'organisation générale de la PUI et un Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse formalisent et précisent les modalités d'organisation du circuit et du Management de la prise en charge médicamenteuse dans l'établissement.

Cette stratégie déclinée en actions a été présentée et validée par les différentes instances concernées.

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse est déclinée dans le PAQSS global de l'établissement qui comporte des objectifs d'amélioration, des mesures de traitement des risques adaptés aux données issues de l'analyse des risques ainsi qu'au contexte et aux spécificités de l'établissement et notamment de la prise en charge et de la juste prescription médicamenteuse chez le sujet âgé.

La démarche d'évaluation des risques à priori et à posteriori est opérationnelle et permet la hiérarchisation des risques identifiés et la détermination des modalités de traitement, notamment sur la base des signalements événements indésirables.

Le PAQSS et le compte qualité intègrent les axes du plan d'action du COMEDIMS, le suivi des indicateurs, les IQSS, les mesures de traitement des risques et les objectifs d'amélioration rattachés.

Cette analyse a permis de déterminer les 4 risques retenus dans l'élaboration du compte qualité, qui ont été hiérarchisés et tiennent compte des spécificités de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et les responsabilités du pilotage du processus ont été identifiés. Le pharmacien gérant, le pharmacien remplaçant et le Médecin Anesthésiste (RSMQPECM et Président le COMEDIMS) pilotent le processus de la prise en charge médicamenteuse. L'établissement dispose d'une PUI et est soumis au CBUM. Le COMEDIMS est en place.

La PUI dispose des personnels nécessaires à ses besoins et formés à l'atteinte des missions en cohérence avec les objectifs fixés et au regard des risques identifiés. Des actions de formation, sensibilisation sur le risque médicamenteux sont menées en interne auprès des professionnels et identifiées dans le plan de formation.

Les ressources matérielles, les locaux, les matériels et les équipements dans les services permettent de répondre et de mettre en œuvre les bonnes pratiques de la pharmacie hospitalière. Le retour en PUI des produits non utilisés ou périmés est organisé. L'accès à la pharmacie est règlementé et l'organisation en place permet de s'assurer de la présence effective d'un pharmacien pour la validation des délivrances. La PUI dispose de locaux conformes à ses activités.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, livret thérapeutique, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à la sécurisation du circuit du médicament sont actualisées et disponibles. La procédure du circuit du médicament est formalisée. Il existe des règles et supports de prescriptions informatiques qui sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. La prise en charge de la gestion du traitement personnel est organisée et formalisée. Le circuit du médicament est totalement informatisé de la prescription médicale à la dispensation pharmaceutique et à la validation de la distribution et de l'administration par les IDE.

Les règles et les modalités de rangement, de stockage et de sécurisation, dans les locaux de stockage des services, des produits notamment les DM, DMS et DMIS (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, etc.) sont formalisées.

La gestion des interfaces est organisée à l'aide du circuit informatisé pour faciliter les échanges et la concertation entre professionnels. Les interfaces et les circuits entre les secteurs sont opérationnels.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables de soins s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment aux procédures, protocoles et consignes, concernant le risque médicamenteux.

Les professionnels sont informés et sensibilisés à l'existence de plans d'actions spécifiques et appliquent la politique définie en matière de prise en charge médicamenteuse dans laquelle sont exposés les objectifs de cette prise en charge, notamment l'identification des populations, des situations et des médicaments à risques et à confusion (anticoagulants, insulines, stupéfiants) Cette déclinaison repose sur une concertation avec les instances concernées et notamment la CME et le COMEDIMS.

Le médecin anesthésiste RSMQPECM et le pharmacien favorisent l'implication et l'appropriation de la démarche auprès des équipes notamment par des informations régulières : réunion d'information sur les médicaments, sensibilisation et information sur les pratiques, affichage dans les services, communication sur l'outil de gestion documentaire accessible à l'ensemble des professionnels.

L'implication des équipes en matière de signalement est effective. L'analyse et le traitement des EI médicamenteux et des EI graves et notamment sur les causes profondes sont menés selon des méthodologies adaptées, connues et partagées avec les professionnels (RMM, REMED, CREX).

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou d'indicateurs, etc.). Elles sont identifiées et suivies par les responsables de soins avec l'appui des pilotes du processus et la participation des professionnels.

Les résultats sont partagés avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles : pharmacien (DU Hygiène, Stérilisation, DU Antibiothérapie) Médecin anesthésiste (RSMQPECM, Référent Antibiothérapie, Président de la COMEDIMS). Des actions de communication/information/sensibilisation/formation sont organisées de façon régulière afin de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (base documentaire, sensibilisation au risque médicamenteux en formation interne, accompagnement en conseil pharmaceutique par le pharmacien,...).

Les ressources matérielles mises à disposition favorisent le respect des bonnes pratiques de la pharmacie hospitalière. Les services disposent d'une dotation en dispositifs médicaux et dispositifs médicaux stériles, d'une armoire à pharmacie sécurisée, d'un coffre pour les stupéfiants (au niveau du bloc opératoire) et d'un réfrigérateur équipé d'un thermomètre (traçabilité automatique enregistrée et manuelle du relevé de température réalisée quotidiennement). Des containers adaptés sont prévus pour l'organisation de l'approvisionnement des dotations en médicaments, en DM, DMS et DMIS.

Ces matériels font l'objet d'un plan de suivi et de maintenance. Des chariots d'urgence sécurisés sont disponibles dans chaque service (hébergement et bloc opératoire) leur maintenance est assurée.

Les ressources documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire informatisé, etc.) et les outils utiles à leurs fonctions, notamment les outils d'aide à la prescription et à l'administration sont présents, actualisés et accessibles par les professionnels. L'informatisation des étapes du circuit du médicament (prescription, dispensation et administration) permet la sécurisation du circuit.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La PUI met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes des services dont elle a la charge (hébergement bloc opératoire, stérilisation).

La connaissance de l'organisation est partagée avec les professionnels et permet une capacité de réaction nécessaire en cas d'imprévu et de recours à l'équipe : signalement des EI, connaissance de la gestion documentaire, mise en œuvre de démarches EPP, des analyses des causes profondes.

La continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie est assurée et transfert inclus

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

La PUI réalise ses approvisionnements en produits pharmaceutiques et dispositifs médicaux auprès des laboratoires référencés par d'une centrale d'achat identifiée. La PUI est ouverte entre 9h et 12h30 et entre 12h30 et 16h du Lundi au Vendredi, les Mardi, Jeudi, Vendredi matins et les Lundi et Mercredi après-midi. En dehors de ces heures et jours d'ouverture des solutions de dépannage peuvent être mises en

œuvre : solutions de dépannage entre services (bloc et hébergement), dotation globale des services. De plus, l'établissement peut également faire appel, sous forme de convention, à une pharmacie d'officine ou à la PUI du Centre Hospitalier de proximité.

La prescription médicamenteuse est réalisée informatiquement par les praticiens de l'établissement sous forme de conciliation médicamenteuse pour l'ensemble des prescriptions informatisées. Les professionnels disposent d'outils d'aide à la prescription (Vidal, Livret thérapeutique, protocoles,...).

Le pharmacien a un possible accès aux données cliniques et biologiques des patients et réalise une analyse pharmaceutique a priori du traitement complet du patient (incluant le traitement habituel) de l'ensemble des prescriptions. La réalisation de l'analyse pharmaceutique permet d'alerter sur les contre-indications des médicaments prescrits et de détecter les interactions médicamenteuses. La dispensation est réalisée en dotation globale hebdomadaire.

L'approvisionnement des services en produits pharmaceutiques et en dispositifs médicaux est assuré dans le respect des règles de gestion, de transport, de rangement, et de stockage (hygiène, sécurisation, chaîne du froid, stupéfiants, et médicaments à risques), suivant une périodicité et une fréquence établies. Un inventaire et des contrôles périodiques sont réalisés par la PUI et par le personnel infirmier dans les armoires à pharmacie des services et dans les réserves de produits.

Les règles relatives à l'administration sont appliquées. Les professionnels disposent d'outils d'aide à l'administration (fiche de bon usage des médicaments pouvant être coupés, écrasés, broyés, préparation et administration des médicaments, bonnes pratiques d'hygiène, bonnes pratiques d'administration, etc.).

La traçabilité informatique et en temps réel de la distribution et de l'administration est réalisée par le personnel infirmier pour l'ensemble du traitement dans les conditions de respect de l'identification du produit jusqu'à sa prise. La traçabilité de la non prise du médicament est effective.

Les professionnels assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments. Des actions informatives sont mises en œuvre (informations sur les médicaments lors de l'hospitalisation, dépliants consultables et remis aux patients,...).

L'ensemble des observations réalisées lors des patients traceurs a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit de processus et d'attester d'un travail d'équipe cohérent dont la traçabilité se retrouve dans le dossier patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement avec la CME et le COMEDIMS l'analyse et l'exploitation des évaluations réalisées sur la base d'outils identifiés : tableau de bord de suivi des indicateurs, IQSS, audit Interdiag, audit sur le management de la PECM, enquêtes, REMED, CREX, EPP sur l'évaluation de la pertinence de l'administration de l'antibioprophylaxie en chirurgie de la cataracte,...

Le recueil et l'analyse des erreurs médicamenteuses sont organisés et assurés par le COMEDIMS, y compris pour les événements indésirables graves en associant les professionnels. Un retour d'information est réalisé auprès des professionnels et des usagers.

Un bilan d'activité annuel est réalisé par le COMEDIMS.

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 PAQSS et le compte qualité de l'établissement.

Le suivi des actions d'amélioration permet le réajustement annuel, par le COMEDIMS et la CME, du programme qualité et gestion des risques et conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires, en fonction des résultats obtenus.

Des actions de communication, des supports et des modalités de diffusion sur les résultats d'évaluations conduites et sur les résultats sont menées auprès des professionnels de l'établissement et des usagers (affichage, livret d'accueil,...).

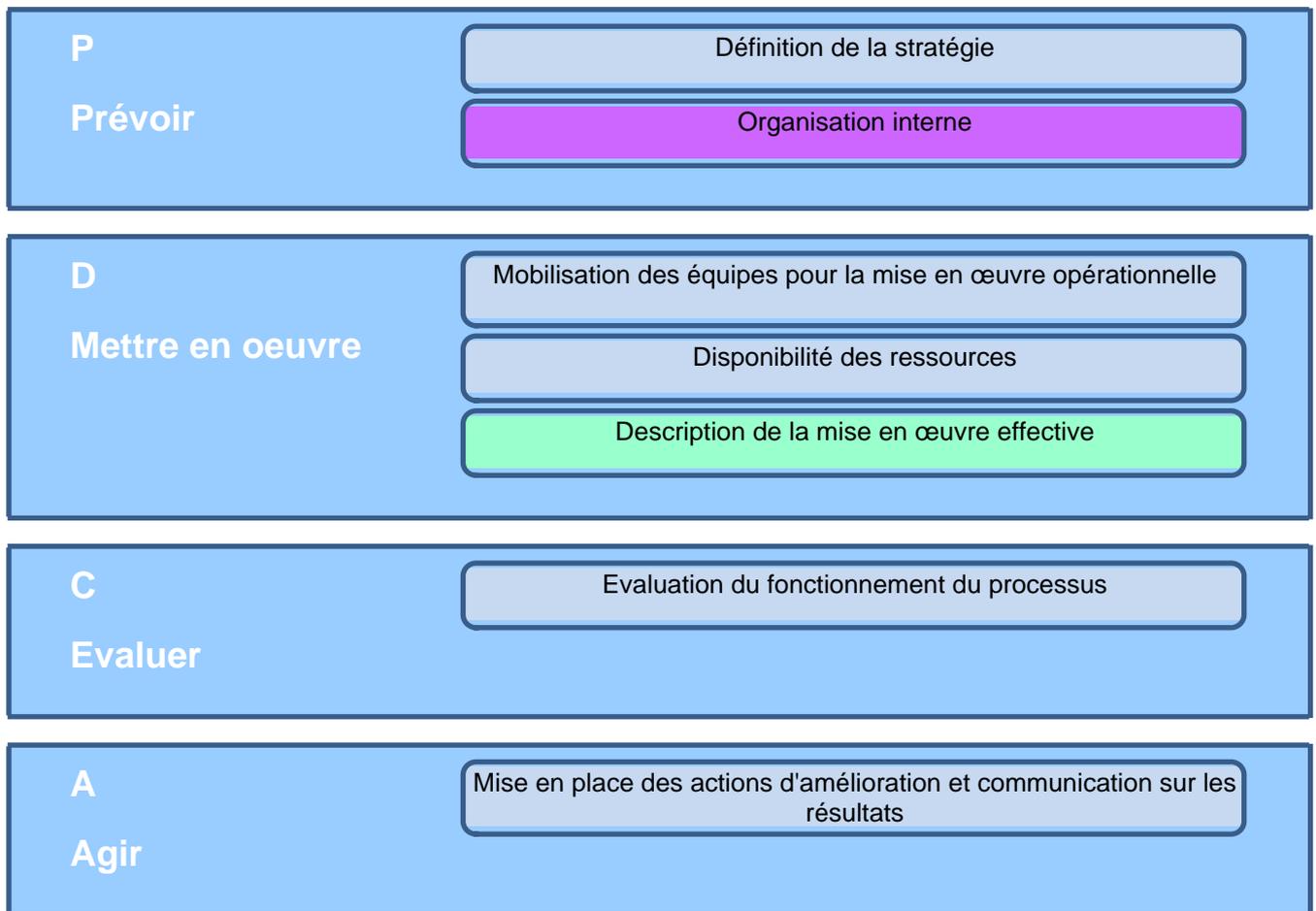
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres au centre de chirurgie est mise en œuvre qui s'appuie sur les résultats des indicateurs nationaux et les préconisations des itérations précédentes.

Le Centre de Chirurgie Ambulatoire (C.C.A.) est un centre autonome – site pilote – où sont réalisées les interventions médicales et chirurgicales en hospitalisation de jour. En activité depuis 2002, il a intégré un groupe depuis 2008. Sa capacité est de 15 places et 6 sites de SSPI. Son organisation est centrée sur la prise en soins du patient sur un seul jour. L'activité ambulatoire concerne les spécialités suivantes : endoscopie digestive, ophtalmologie, ORL, esthétique, vasculaire, orthopédie, stomatologie et gynécologie la dermatologie. Les praticiens exercent à temps partiel excepté les médecins anesthésistes qui fonctionnent à temps plein. quatre anesthésistes travaillent au sein de l'établissement dont trois de manière exclusive ; L'activité prédominante est l'endoscopie digestive.Des conventions sont en place avec des établissements hospitaliers publics ou privés de la région. Les instances sont en place et coordonnées ; la C.D.U. est très participative.

Un C.P.O.M. définit les orientations stratégiques pour 2013-2018 validée par les tutelles le CCA correspond aux attentes de l'ARS sur le développement de l'ambulatoire. Les objectifs sont de développer particulièrement la chirurgie substitutive, et de créer des activités de chirurgie digestive et d'urologie .

Ce développement de l'activité d'ambulatoire conforte les orientations institutionnelles actuelles, tout en préservant la qualité et la sécurité des soins.

Les IQSS nationaux montrent une bonne tenue du dossier d'anesthésie. L'analyse des risques s'est faite selon la grille HAS : fréquence, gravité, criticité et niveau de maîtrise.

Les 7 risques priorités concernent l'organisation péri-opératoire. Ils ont été choisis à partir d'une cartographie réalisée par un groupe de travail pluri-professionnel.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé pour lesquels un plan d'actions a été mis en place. Ils concernent l'ensemble de la prise en charge du patient au bloc opératoire: marquage du côté à opérer, contrôle de l'hypothermie, prévention du risque infectieux, programmation, traçabilité des dispositifs médicaux implantables, disponibilité des instruments.

Ces objectifs d'amélioration ont été choisis par le groupe chargé de la thématique et validés par les instances. Un PAQSS institutionnel est en place et reprend ces plans d'action.

L'état d'avancement est suivi et est réévalué tous les ans ; il est variable selon les actions.

ORGANISATION INTERNE

Le Conseil de bloc est l'instance qui gère le fonctionnement du bloc. Il est présidé par la cadre de santé , est composé d'administratifs, de praticiens et du personnel. Un règlement intérieur en définit le rôle : ce conseil organise le fonctionnement du plateau technique, bloc opératoire et SSPI. Il se réunit 2 fois par an. Lors de chaque réunion l'ordre du jour est préétabli. Un bilan de l'activité et une analyse des E.I. sont systématiquement réalisés. Après chaque réunion, un compte-rendu est rédigé, validé et communiqué.

Une CHARTE de fonctionnement du B.O. est en place. Elle a été réactualisée et validée par le conseil de bloc. Son appropriation s'impose à tout acteur intervenant au BO. Son objectif est de faciliter le fonctionnement du B.O. dans le respect du travail de tous. Une cellule de régulation est en place ; elle gère le programme du lendemain, la répartition des médecins anesthésistes et les besoins en matériel. Le B.O. fonctionne sur une amplitude horaire de neuf heures. Le groupe pilote du bloc opératoire est constitué de 3 personnes : une médecin anesthésiste, la cadre de bloc, et le responsable technique. La chef de bloc responsable est cadre de santé, soignante, en fonction depuis 2003,sa mission est définie dans une fiche de poste. Elle fait appliquer la Charte et organise le fonctionnement du plateau technique. Les planifications des plages opératoires et du personnel sont affichés dans son bureau. Elle encadre une équipe de soignants et travaille en collaboration avec les praticiens afin d'assurer la sécurité des patients. Une réflexion reste en cours sur l'extension de l'entrée au bloc en position debout.. L'analyse des réclamations des usagers est organisée.

Les ressources humaines nécessaires à ce processus sont en place. Les IDE ont une fonction de panseuse. Deux de ces IDE sont détachées en S.S.P.I. Les A.S.H. sont chargées du bio-nettoyage. Un plan de formation institutionnel est en place.Tout nouvel arrivant est doublé avant de prendre sa fonction.Quatre 4 médecins anesthésistes sont à temps plein au CCA ; ils assurent une astreinte la nuit et les fins de semaine afin de répondre aux éventuels appels des patients .

Les besoins en locaux, matériel, et équipements nécessaires, sont identifiés et adaptés à l'activité. Le bloc opératoire (BO) comprend 4 salles d'intervention dont une dédiée à l'endoscopie. Une salle avec un plafond soufflant est réservée à la chirurgie prothétique. Les 3 autres sont équipés d'un plafond diffusant. Les salles sont toutes équipées de la même façon en matériel et équipements nécessaires. Une zone permet d'accueillir les futurs opérés même ceux se présentant debout. Des locaux annexes sont destinés au stockage. La stérilisation centrale est à proximité. La SSPI de 6 postes est dans l'enceinte du bloc, la vision globale permet une surveillance optimale des opérés. Les programmes de travaux et d'achat importants sont soumis à la Direction. Une maintenance externe est prévue pour le gros matériel.

Les ressources documentaires sont intégrées à la gestion documentaire, ceux sont les règles de fonctionnement, les procédures portant sur l'ensemble du fonctionnement du bloc opératoire, les méthodes d'utilisation de divers matériaux, les fiches d'intervention par praticien, elles sont formalisées et validées par les instances, ces éléments sont informatisés.

Le système d'information est bien développé. L'ensemble du dossier patient est informatisé excepté la fiche d'anesthésie per opératoire. La gestion du bloc opératoire est informatisée de la programmation, en passant par la traçabilité des actes et l'utilisation des DMI jusqu'à la sortie de l'opéré.

Les principales interfaces en lien avec le bloc opératoire se font avec le service d'hébergement. Les secteurs médico-techniques : le laboratoire de biologie est à proximité, les résultats sont scannés dans le DPI. La PUI est en liaison avec le bloc. Pour les DMI, leur commande et leur réception sont gérées par la pharmacie. Les déchets, les DAOM et les DASRI sont rassemblés dans des sacs et acheminés vers leur lieu de stockage. Les prélèvements de l'eau, de l'air, réalisés sont sous-traités et les résultats gérés par l'Equipe Opérationnelle d'Hygiène (EOH). La politique qualité du CCA veille à la sécurité et la qualité de la PEC du patient au BO. Des membres de la CDU assistent aux réunions des instances et participent aux échanges avec les professionnels. De nombreux circuits sont établis au B.O. et sont respectés selon le principe fondamental de « la marche en avant » en allant du plus sale au plus propre.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Dans ce secteur à risque, les risques identifiés concernent la sécurité de la prise en charge de l'opéré. Ils sont définis dans la cartographie du processus. Les objectifs du projet d'établissement sont d'améliorer la sécurité du patient. Les indicateurs nationaux concernent le contenu du dossier d'anesthésie, les résultats sont satisfaisants. Les professionnels en charge du processus sous le contrôle du conseil de bloc ont déployé des plans d'actions. Ceux-ci portent sur la check-list, sur les risques d'une nouvelle activité chirurgicale, sur la formation des équipes, sur la gestion du matériel chirurgical. Le développement de l'informatisation au niveau du dossier du patient, du fonctionnement du bloc, de la stérilisation et la mise en place d'une cellule de régulation sécurisent la prise en charge des patients.

La mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle est assurée et encadrée par la cadre de santé du BO qui sensibilise les professionnels sur les risques identifiés, sur le processus ainsi que sur le choix des plans d'action. Ceux-ci ainsi que les praticiens se sentent concernés et valident totalement l'identification des risques.

Des évaluations sont mises en place : relevés d'indicateurs sur l'activité, une EPP en cours, la déclaration des E.I., les suivis de RMM (2), de CREX (4) et de REMED (2).

Tous ces résultats et ces actions sont analysés au conseil de bloc. Le compte rendu est diffusé pour information. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin avec les professionnels. Le conseil de bloc les gère et les met en place avec les instances concernées. D'autres actions sont mises en place au niveau de la PEC du patient afin d'améliorer le fonctionnement du plateau technique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs du bloc/SSPI et secteur ambulatoire. Les professionnels en poste sont formés, ils permettent d'assurer la continuité de la prise en charge y compris en cas d'urgence. Le personnel présent est concordant avec le programme opératoire défini. La programmation est sous la responsabilité de la cadre de santé. Un médecin anesthésiste est joignable H24 qui assure permanence médicale et le tableau de permanence disponible dans l'intranet et affiché. Il existe une organisation pour assurer la continuité des soins en ambulatoire: numéro de téléphone en

cas d'urgence, appel du lendemain, consignes de sortie avec signature du patient et de l'accompagnant. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés par tutorat ou compagnonnage. Les formations dispensées aux professionnels concernent les formations réglementaires ; les formations relatives aux pratiques : l'identité-vigilance, l'hygiène, les gestes d'urgence, la SSPI, la stérilisation ; les formations au SIH : informatisation du DP; le médicament et la douleur.

La documentation (procédures, protocoles) est disponible, actualisée et informatisée. Le dossier est informatisé, les professionnels disposent de toutes les informations utiles à la prise en charge du patient (consultations, préparation de l'opéré, dossier d'anesthésie, résultats biologiques et radiologiques, dossier d'admission, dossier médical et de soins). Un logiciel de gestion de bloc opératoire planifie l'ensemble de l'activité. Les professionnels disposent de procédures, protocoles, fiches techniques actualisés et validés, issus de bonnes pratiques et disponibles dans l'intranet.

Le fonctionnement de la SSPI est conforme en nombre de places, de personnels et de matériel. L'hygiène des locaux, le linge, le circuit des déchets sont sous traités à un prestataire externe certifié. Le bio nettoyage du bloc opératoire n'est pas sous-traité mais réalisé en interne par du personnel dédié et spécifiquement formé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le bloc opératoire fonctionne sur une amplitude horaire de 9 h. La programmation est assurée par la cellule de régulation qui se réunit tous les jours. Cette cellule de régulation, comprenant le cadre du bloc opératoire, un médecin anesthésiste, une IDE du secteur d'hébergement, se réunit pour organiser la planification hebdomadaire des actes et la validation du programme opératoire. Le chef de bloc opératoire, Cadre de santé, régule les activités au quotidien. Le programme du lendemain est organisé à partir du pré programme hebdomadaire celui-ci tient compte aussi des demandes des futurs opérés. L'anesthésiste choisit le type d'anesthésie. Les besoins en DM et pharmacologiques sont prévus en amont par l'IADE.

La responsable détermine les heures de passage, répartit les salles et le personnel, attribue également les chambres. Il est validé par le MAR sur le logiciel informatique. La prise en charge du patient est adaptée de l'entrée à la sortie du bloc opératoire dans le respect des bonnes pratiques. La mise en place de la check-list est effective et informatisée, signée par les 3 professionnels : IDE, MAR, praticien. Le Conseil de bloc attribue les vacances aux praticiens selon un planning établi suivant un roulement sur 4 semaines qui se répète.

Le secteur d'activité met en œuvre les organisations prévues.

L'ensemble de la prise en charge opératoire est tracée dans le logiciel de gestion du bloc opératoire, la surveillance anesthésique per opératoire. Un compte rendu de l'anesthésie est rédigé et intégré dans le DPI. La check List "sécurité au bloc opératoire" est intégrée au logiciel de bloc et son non remplissage est bloquant pour la poursuite de l'activité. Le patient porte un bracelet d'identification avec un code barre et son identité est vérifiée et tracée par une douchette dans le DPI et/ou le logiciel du bloc opératoire. Le risque ATNC est évalué et transmis à la stérilisation, située à proximité du secteur opératoire. La prévention du risque infectieux est en place. Les règles d'hygiène sont respectées. Le port de la tenue réglementaire est obligatoire; pour sortir du bloc opératoire, il faut changer de tenue et passer d'une tenue bleue à une violette. L'accès des étrangers est soumis à l'autorisation. La gestion des DMI est réalisée sous la responsabilité du pharmacien. Ils sont tracés informatiquement, avec un double de traçabilité dans le dossier patient, ceci permettant une gestion optimale de stock.

La surveillance environnementale (eau, air, surface) est organisée, réalisée par des prestataires externes, sous contrôle du praticien hygiéniste. Les résultats sont transmis et les non conformités traitées. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.

Pour la chirurgie ambulatoire comme pour l'endoscopie, les appels J-1 et J+ 1 sont réalisés et tracés dans le DPI par les professionnels du CCA sauf pour certains patients qui sont revus le lendemain.

La sortie est validée par un médecin selon la procédure définie. L'aptitude à la rue est vérifiée par le score de CHUNG. Toute situation imprévue est prise en compte, sa trace est assurée, l'analyse en est systématiquement faite.

Les documents nécessaires au suivi de sa prise en charge et favorisant la coordination avec les médecins extérieurs sont remis au patient.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des évaluations périodiques de l'ensemble du processus sont réalisées.

La validation de la check-list : l'objectif est d'obtenir la signature des praticiens. Sur le dossier informatisé, sont tracées les 3 colonnes pour le chirurgien, l'AREA, l'IDE. Les 3 signatures sont obligatoires pour valider la check-list. Celle-ci est obtenue sinon il est impossible de rentrer le codage des actes.

Des audits de suivi sont en place. Des indicateurs de suivi de l'activité sont en place: taux d'occupation du bloc, taux d'utilisation des places, taux de rajout Ils sont tracés sur le compte-rendu du conseil de bloc. Le taux d'annulation est aussi tracé. La satisfaction des patients ainsi que la prise en charge de la douleur est évaluée annuellement et elle progresse. L'analyse des EI montre qu'ils portent sur la PEC des opérés. (autorisation d'opérer), l'informatisation (coupures), les problèmes de matériel, l'identito-vigilance, le risque d'AES (1 CREX). Un bilan des vigilances est réalisé. Une EPP sur l'identito-vigilance est réalisée. En conseil de bloc, des points sont faits sur l'informatisation et les ressources humaines.

Pour l'ensemble de la thématique, le dispositif d'évaluation est organisé. L'analyse et le suivi des indicateurs d'activité sont réalisés. La cadre du bloc est responsable de ce dispositif d'évaluation. Des plans d'action sont mis en œuvre. La périodicité est variable.

A / AGIR

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

Un dispositif institutionnel d'amélioration continue est en place. Il concerne les indicateurs d'activité.

L'informatisation s'est développée à tous les niveaux et notamment de la stérilisation à la gestion des DMI, de la SSPI pour les données du patient (les tracés du moniteur sont aussi enregistrés dans le DPI).

L'informatisation du dossier pré opératoire du MAR est en cours de déploiement ; les tracés du respirateur et du moniteur sont intégrés dans le DPI. La déclaration des EI est effective. Ils sont analysés par les membres du conseil de bloc. Des actions d'amélioration sont établies. Le retour est communiqué. La mise à jour des protocoles est continue.

L'information est développée : organisation d'une semaine sur la Qualité et la Sécurité des Soins, d'une journée douleur. Des affichages et des diaporamas télévisuels sont permanents. Elles couvrent l'ensemble des différents champs de la thématique. L'ensemble des risques de la cartographie y compris les prioritaires sont concernés par ces actions d'amélioration.

Elles sont directement articulées avec le PAQSS. La responsable du bloc qui est chargée de la mise en œuvre de ces actions, les résultats d'analyse sont intégrés à la GED.

La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Ces actions de communication dépendent directement de la responsable. Elles se font grâce à ces supports : informatique, affichages, classeur de la thématique avec les comptes rendus des instances. La périodicité rejoint celle des actions d'amélioration. C'est ainsi qu'elles sont communiqués auprès des professionnels. Les usagers sont informés par la CDU des comptes rendus des instances.

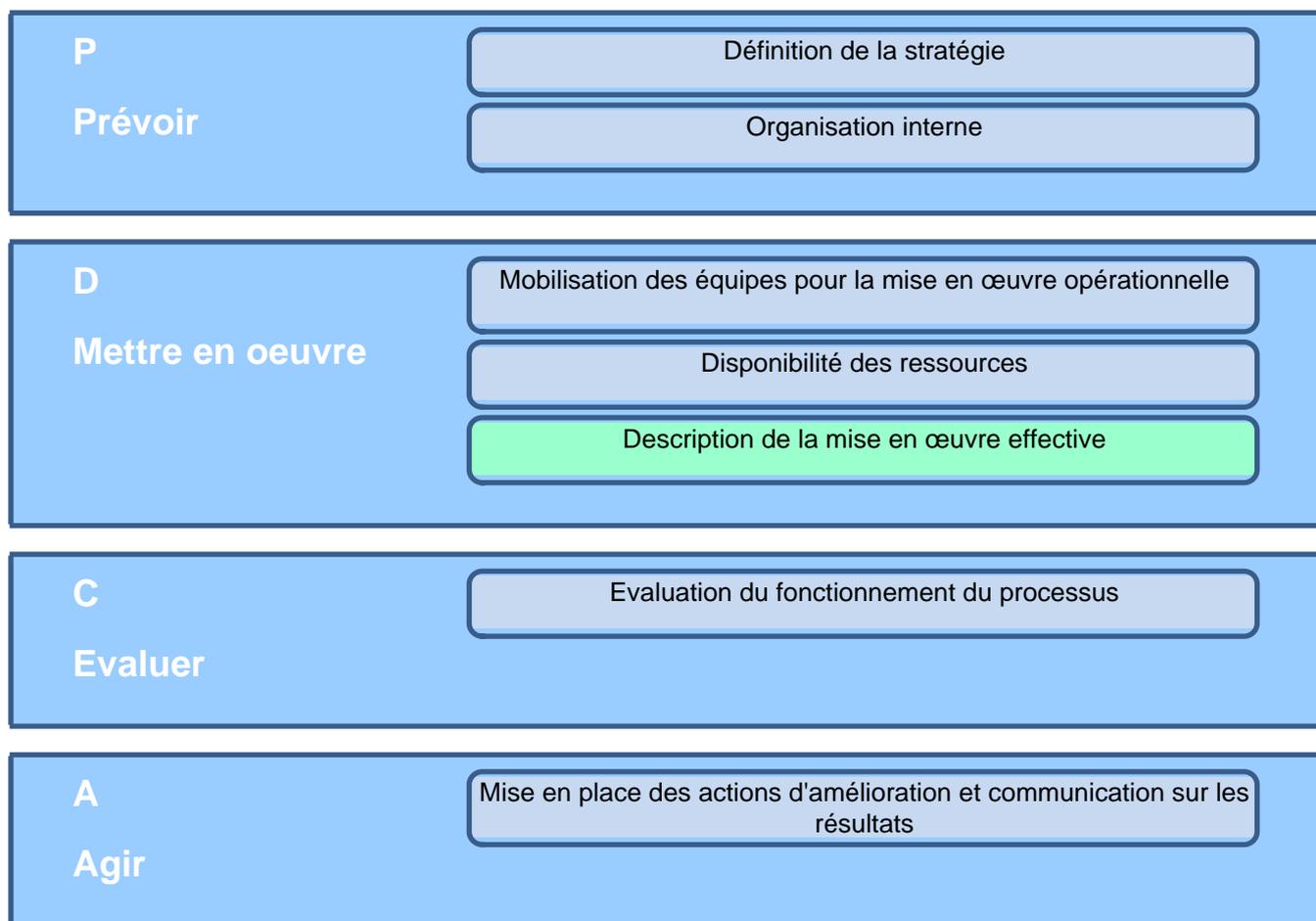
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire du CCA des Hauts d'Avignon possède un site dédié à l'endoscopie et un secteur de soins post interventionnel (SSPI). La stratégie de développement de l'activité de chirurgie, de chirurgie ambulatoire et d'endoscopie est décrite dans les orientations stratégiques et dans le Contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens (CPOM) en partenariat avec l'ARS celle ci a fait l'objet d'une présentation devant les instances dont la CDU.

L'établissement a identifié, analysé et hiérarchisé les risques au niveau du bloc opératoire, de l', endoscopie avec les professionnels ,en tenant compte des préconisations du compte qualité. La cartographie des risques en endoscopie est calquée sur celle du bloc opératoire, et définit le parcours du patient au bloc ,cette cartographie a été validée en conseil de bloc. Les principaux risques identifiés dans le secteur de chirurgie ambulatoire incluant l'endoscopie figurent dans le compte qualité.

Cette cartographie des risques a été définie avec les professionnels concernés en se basant sur un certain nombre de documents comme le projet médical, le CPOM, l'analyse du contexte territorial et les besoins de la population.

Des objectifs d'amélioration sont identifiés et déclinés dans un programme d'actions formalisé et hiérarchisé, des actions préventives et de surveillance sont établies et définies avec la Direction.

L'analyse des risques et l'identification des besoins sont réalisées au regard des différents types d'endoscopies réalisées . Cette méthodologie associée aux différents projets détermine les actions d'amélioration qui sont intégrées dans le plan d' amélioration de la qualité et sécurité des soins (PAQSS) institutionnel. Les actions d'amélioration sont programmées et suivies par la directrice et la responsable de la cellule Qualité qui y associent la cadre du bloc opératoire. Les actions retenues au compte qualité ont été choisies conjointement par les responsables médicaux et paramédicaux.

Des plages horaires au sein du bloc sont mises à disposition des médecins effectuant des endoscopies de façon prédéterminée, celles-ci permettent d'assurer l'activité y compris des endoscopies sous anesthésie générale.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes de cette thématique concernant un secteur à risque sont identifiés le pharmacien,la cadre de santé et le responsable technique en sont les piliers.

L'organisation du secteur d'endoscopie est formalisée dans la charte de fonctionnement du bloc validée par le conseil de bloc. Cette charte de fonctionnement du bloc décrit les circuits de prises en charge, les missions du conseil des utilisateurs de bloc et définit les responsabilités de chacun. La cadre du bloc programme les interventions en fonction des demandes de réservation renseignées par les chirurgiens libéraux . Le programme présenté sous forme de tableau est validé hebdomadairement et accessible aux professionnels concernés. L'organisation prévue est particulièrement bien adaptée à l'activité ; la programmation et la régulation inscrit dans des plages prédéterminées, les endoscopies prévues dès la consultation du patient. Le conseil de bloc se réunit régulièrement, les expressions du personnel et les activités de l'endoscopie font partie des ordres du jour.

Une procédure de préparation, de contrôle et de remise de consignes est complétée par le renseignement d'une check-list. Un appel, la veille de l'examen confirme la venue du patient et sa préparation. Le planning des personnels est adapté à ce programme. La cadre du bloc est responsable de la régulation des activités du bloc opératoire, du suivi et du signalement , du traitement des dysfonctionnements.

Ces modalités d'organisation sont encadrées par l'utilisation de la check-list "Sécurité du patient en endoscopie", par des procédures et supports de traçabilité qui sont formalisés, validés, actualisés et élaborés en concertation avec tous les acteurs Des fiches de postes des professionnels impliqués en endoscopie sont actualisées et respectées. Les principales zones des secteurs d'accueil de l'activité d'endoscopie sont définies : les procédures d'habillage, les règles de circulation, le stockage des matériels, le déroulement des endoscopies, les procédures de désinfection des endoscopes et leur conservation sont respectés. L'accueil du patient au bloc opératoire est protocolisé,un chemin clinique pré établi est en vigueur qui permet d'optimiser la prise en soins : check list d'accueil, installation, induction, réveil, passage en SSPI et retour au service d'accueil ainsi que "la mise à la rue".

Les besoins en effectifs et compétences sont identifiés en tenant compte des risques et de la réglementation. Ils permettent d'assurer l'acte sur les patients, le nettoyage, la désinfection, ainsi que la traçabilité des opérations et d'identifier les éventuelles complications liées à l'acte.Le plan de formation

2016 intègre des formations spécifiques pour les personnels du bloc .L'actualisation des connaissances des infirmières participant aux actes d'endoscopie est organisée dans un plan de formation et de progression individuel.

Les besoins en ressources documentaires (CREX, information du patient, procédures d'hygiène), supports de traçabilité (ouverture des salles, nettoyage des salles, gestion des déchets, du linge, pré-désinfection et désinfection des endoscopes, prise en compte du risque ATNC, maintenance, gestion des pannes, etc.), en documentation interventionnelle (fiches descriptives des interventions, gestion du dossier patient, identité, protocoles analgésiques, etc.) sont identifiés et élaborés. Les procédures sont intégrées au logiciel qualité. Les documents d'enregistrement du patient et le lien avec l'endoscope utilisé pour l'acte sont joints au DPI. Les documents d'information utiles aux patients d'endoscopie sont mis à jour et distribués dès la consultation.

Les maintenances de matériels sont effectuées. Ceux-ci sont mis à disposition des professionnels, le renouvellement du parc est programmé. Les fiches d'événements indésirables sont en place et utilisées à chaque dysfonctionnement. La check list est mise en œuvre avec la même exigence qu'au bloc.

Les besoins en système d'information au niveau de la salle d'endoscopie sont déterminés.

Les interfaces endoscopies/blocs opératoires, endoscopie/EOH, endoscopie/biomédical, endoscopie/PUI ou stérilisation, endoscopie/laboratoires, sont identifiées et les circuits définis. Une organisation permet le remplacement dès que nécessaire des matériels et dispositifs médicaux.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

En tenant compte des risques et des besoins, les responsables de l'activité d'endoscopie, du bloc et de la SSPI organisent la mise en œuvre du projet médical.

Une réunion de validation des programmes opératoires a lieu de manière quotidienne. Elle a pour objectif d'optimiser le programme opératoire, et de lever toutes les problématiques. Les ressources nécessaires sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Le management du secteur d'endoscopie s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins et les décline en objectifs et plans d'action opérationnels. Les professionnels participent à l'élaboration des procédures.

Les équipes s'impliquent dans la déclaration, l'analyse et le traitement des EI.

La cadre de bloc sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans les secteurs endoscopie -SSPI, les personnels ,de ce secteur, rencontrés ont su s'exprimer sur la sécurité indispensable aux types d'actes d'endoscopies. Des réunions d'équipe sont organisées annuellement ainsi que des réunions spontanées sur des thèmes spécifiques en fonction des besoins ou des dysfonctionnements.

La cadre de bloc s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats. Les dysfonctionnements sont débattus en conseil de bloc et si nécessaire des actions correctives sont mises en place.

Une communication est assurée auprès des professionnels sur l'activité et sur les suivis des dysfonctionnements et de leur traitement.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences infirmières sont en nombre suffisant, un tableau permet l'affectation des professionnels nécessaires pour assurer l'activité chaque semaine. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés, les remplaçants reçoivent l'information nécessaire à l'exercice de leur fonction, les conditions de travail permettent une fidélisation il y a peu de "turn over". Les agents responsables de la désinfection des endoscopes sont formés, encadrés et évalués par la cadre de santé.

La gestion du matériel du bloc opératoire est effective : la maintenance préventive et curative est assurée avec une prise en compte des nécessaires remplacements et suivi de matériels. Le contrôle de l'eau est assuré par le responsable technique, ainsi que l'entretien des locaux. Les locaux sont adaptés à l'activité. Le matériel et les dispositifs médicaux stériles et implantables sont disponibles, vérifiés et tracés. La salle de traitement des endoscopes répond aux exigences de la marche en avant ,le personnel qui y assure la désinfection est formé et particulièrement impliqué. Les références du matériel utilisé sont tracées dans le dossier patient et resteront disponibles au sein de la salle de désinfection des endoscopes du CCA. Les différentes maintenances sont assurées et tracées par le responsable des services techniques.

Les équipes expriment leur sentiment d'être bien intégrées dans les locaux du bloc et de bénéficier de sa rigueur. Le matériel d'urgence vitale est opérationnel dans chaque site tant en secteur de soins qu'au bloc opératoire.

L'ensemble des documents nécessaires au suivi de la prise en charge du patient et favorisant la communication entre les professionnels sont mis à disposition.

Le système d'information est en place, adapté aux besoins et permet d'assurer la continuité de l'information toutes les procédures sont régulièrement actualisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La préparation des éléments constituant le dossier patient par les secrétaires des médecins est effective. Les documents respectant les droits comme la désignation de la personne de confiance, le consentement à l'acte et directives anticipées sont intégrés au dossier patient informatisé. Le colloque singulier entre le médecin et le patient informant sur le bénéfice /risque est tracé dans le dossier. La recherche d'une maladie à prions est systématique et tracée, tout patient suspect est évincé du programme. La cellule de gestion du bloc valide les programmes opératoires de l'activité d'endoscopie toutes les semaines. La programmation et la régulation sont réalisées voire optimisées car l'introduction d'une activité d'urgence est possible.

L'accueil, l'intervention, puis la prise en soins en salle de soins post interventionnelle, et le transfert vers l'hospitalisation conventionnelle si nécessaire sont organisés, tracés.

L'identité du patient est requise à chaque étape, de la prise en soins. La confidentialité est assurée tout au long de son circuit au sein du bloc.

Les interfaces entre le secteur d'endoscopie, le bloc opératoire, la stérilisation, la pharmacie sont opérationnelles, des réunions menées périodiquement permettent la concertation entre professionnels l'élaboration de bilan d'activité, d'indicateurs et d'actions de suivi.

Le recours en cas de complication est assuré. La check list est mise en œuvre. L'autorisation de sortie de la salle de surveillance post interventionnelle est horodatée et signée.

La traçabilité de l'utilisation et de la désinfection de l'endoscope est assurée. Les contrôles microbiologiques sont effectués de façon organisée.

Une procédure de séquestration d'endoscopes en cas de doute est effective. Les informations concernant la sortie de l'ambulatorio (la mise à la rue) figurent dans le dossier patient.

Les documents d'information sont remis au patient à sa sortie (bulletin de sortie, ordonnance de sortie et lettre au médecin traitant, les compte rendus d'endoscopie sont réalisés pour partie immédiatement et pour les autres plus tard en fonction du délai du résultat d'histologie. Un numéro d'appel en cas de complication est également remis au patient et à l'accompagnant

Les fiches d'évènements indésirables sont régulièrement analysées.

Les actions d'amélioration résultant des analyses des fiches d'EI intègrent la cartographie des risques.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions d'amélioration sont assurés régulièrement par la cellule de gestion du bloc.

De même les résultats des indicateurs IQSS dont le dossier d'anesthésie sont suivis.

D'autres indicateurs sont suivis : les résultats microbiologiques des prélèvements des endoscopes, des surfaces, les résultats des observations des pratiques de désinfection des endoscopes par le responsable technique. Ceux-ci concernent l'activité et les pratiques professionnelles. Les évènements indésirables comme les retards à la programmation ou les annulations sont suivis par la cadre du bloc afin d'y apporter des actions d'amélioration. Les IQSS complètent le dispositif.

Les résultats sont communiqués aux professionnels. Le suivi d'indicateurs, les évaluations et surtout l'analyse des évènements indésirables permettent d'identifier des actions d'amélioration. Des CREX et des audits "patients traceurs" ont permis de régler et de réajuster quelques dysfonctionnements. Des EPP sont suivies régulièrement et réajustées.

Le management du centre de chirurgie ambulatoire assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, bilans d'activité, etc.). Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est en place. D'autres indicateurs concernant l'activité sont suivis

mensuellement : nombre de passages en endoscopie, en SSPI, par opérateur. Un comparatif d'une année sur l'autre est également effectué.

A / AGIR

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

Une démarche d'amélioration continue de la qualité se met en place avec un suivi régulier des actions d'amélioration et de réduction des risques.

De ces suivis, des révisions et ajustements d'objectifs sont menés conjointement avec la cadre du bloc opératoire et les responsables médicaux.

Ces résultats sont analysés et exploités dans les réunions du Groupe dont fait partie le CCA .

La communication est assurée en conseil de bloc et sur des supports écrits qui sont transmis aux médecins intervenant au bloc opératoire.

Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS.



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

*Ce document a vocation
de certification. Il vous
en modifier la forme,
supprimer*

Il doit être retourné com

FICHE INTERFACE V2014

ARS - HAS

À REMPLIR PAR LA HAS

VISÉE PAR LA HAS LE :

À REMPLIR PAR L'ARS

TRANSMISE À LA HAS LE :

IDENTITÉ D

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT

**CENTRE DE C
DES H**

N° DE DÉMARCHE : 314
(4 OU 5 CHIFFRES MENTIONNÉS SUR
LES COURRIERS DE LA HAS)

N° FINESS : 300002508

TYPE D'ÉTABLISSEMENT

PARTIE 1 : ÉLÉMENTS D'INFORMATION SUR L'ÉTABLISSEMENT

PILOTAGE & STRATEGIE

*Ces informations ont vocation à apporter un éclairage sur le contexte de votre établissement.
Elles seront utiles à la préparation de votre cycle de certification, notamment lors de l'analyse de la situation.*

PILOTAGE DEPUIS LA DERNIÈRE CERTIFICATION

Y a-t-il eu des changements dans le pilotage général (Directeur, PDG, Président de CME, Président du CA...) :
Si oui, précisez qui (fonction) et depuis quand :

Avez-vous nommé un coordonnateur général des risques associés aux soins ? oui non
Si oui, précisez qui (fonction) et depuis quand : Docteur Sylvain Gauthier – médecin anesthésiste réanimateur – le

CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Signé ☞ période de validité : 2013-2018 En cours de signature Si non, pourquoi :

CONTRAT DE BON USAGE DES MÉDICAMENTS (Document à joindre dans son intégralité via SARA)

Validité : 2014-2018

Sanction éventuelle prononcée par l'ARS : oui non

MODIFICATION DE REGIME JURIDIQUE (REGROUPEMENT, FUSION, RACHAT, REVENTE, ABSORPTION, GCS ES...)

Sous quelles modalités, avec qui ?

Réalisé, dates :

Prévu :

Domaine :

PRINCIPALES COOPERATIONS*
(CONVENTIONS, PARTENARIATS, CHT, GCS DE MOYEN...)

Convention de collaboration pour les actes de radiodiagnostic des patients de la clinique – Centre d’Imagerie Médicale (30133 Les Angles)	Réalisé, dates : 06/12/2011 Prévu : Domaine : examen de Radiologie
Convention de coopération d’analyses médicales – laboratoire d’analyse médicale - SELARL du pont des deux eaux (30133 Les Angles)	Réalisé, dates : 12/12/2008 Prévu : Domaine : examen d’analyse médicale
Convention de repli et de ré-hospitalisation : Centre Hospitalier d’Avignon (84000 Avignon)	Réalisé, dates : 17/12/2008 Prévu : Domaine : hospitalisation complète service de réanimation activité de soins « Accueil et traitement urgences
Convention de repli et de ré-hospitalisation : Clinique du Parc (34000 Montpellier)	Réalisé, dates : 17/12/2008 Prévu : Domaine : Réanimation Adulte
Convention de repli et de ré-hospitalisation : Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze (30200 Bagnols sur Cèze)	Réalisé, dates : 09/10/1998 Prévu : Domaine : Hospitalisation complète
Convention de repli et de ré-hospitalisation : Clinique Lagaraud (30200 Bagnols sur Cèze)	Réalisé, dates : 2002 Prévu : Domaine : Hospitalisation complète
Convention de repli et de ré-hospitalisation : Clinique Rhône Durance (84000 Avignon)	Réalisé, dates : 28/12/2000 Prévu : Domaine : Hospitalisation complète
Convention de repli et de ré-hospitalisation : Clinique Urbain V (84000 Avignon)	Réalisé, dates : 28/04/1999 Prévu : Domaine : Hospitalisation complète
Convention de repli et de ré-hospitalisation : Clinique Montagard (84000 Avignon)	Réalisé, dates : 25/08/1998 Prévu : Domaine : Hospitalisation complète

*Une ligne par convention : ajouter autant de lignes que nécessaire

RECOMPOSITION HOSPITALIÈRE DEPUIS LA DERNIÈRE CERTIFICATION

Arrêt ou transfert d'une ou plusieurs activités autorisées :	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? :	Depuis quand :
Création de nouvelles activités autorisées :	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? :	Depuis quand :
Suspension d'activité(s)	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? :	Depuis quand :
Reconversion	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> Si oui, laquelle ? :	Depuis quand :
Installation dans de nouveaux locaux	<input type="checkbox"/> oui <input checked="" type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> A quelle date ?	

MISSIONS DILIGENTÉES
(IGAS, CONSEILLERS GÉNÉRAUX DES ÉTABLISSEMENTS, COMMISSION REGIONALE DES COMPTES...)
DEPUIS LA DERNIÈRE ITÉRATION DE LA PROCÉDURE

THÉMATIQUE CONCERNÉE	OPÉRATEUR	DATES	CONCLUSION
Application des législations de sécurité sociale, de l'assurance chômage et de la garantie des salaires	URSAFF	22.07.2014	Aucune irrégularité

RECONNAISSANCES ET EVALUATIONS EXTERNES/INSPECTIONS ET CONTROLES

TYPE DE RECONNAISSANCE	SECTEURS OU ACTIVITÉS CONCERNÉES	OPÉRATEUR	DATES
Accréditation laboratoire COFRAC	NC		
Certification ISO	NC		
Accréditation JACIE	NC		
Labellisation Centre de Maladies Rares	NC		
Autres reconnaissances externes : ...	NC		

ENGAGEMENT DANS DES PROGRAMMES D'AMELIORATION

THÉMATIQUE CONCERNÉE	OPÉRATEUR	DATES
	ANAP	
	IFAQ	
	Programme de recherche sur la performance du système des soins (PREPS)	
Pertinence des doubles endoscopies digestives	APPERQUAL (Structure régionale d'appui à la pertinence et à la qualité du Languedoc Roussillon)	Septembre à déc 2015
Organisation Péri-opératoire de l'anesthésie et de la chirurgie ambulatoire	Enquête OPERA SFAR	Novembre 20
Chirurgie ambulatoire	Benchmark ARS LR	2012 et 201

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LA PARTIE PILOTAGE ET STR

Le Centre de Chirurgie Ambulatoire des Hauts d'Avignon est un établissement de santé hospitalier privé récent ayant ouvert s de proximité, avec un plateau technique infrarégional. Il est situé sur la commune des Angles, aux limites de la région La entraine une aire de recrutement interrégionale principalement avec la région PACA - la ville d'Avignon étant située à moins proviennent du Gard Rhodaniens en forte expansion depuis quelques années.

Le CCA a la particularité d'être un centre de chirurgie ambulatoire autonome et pluridisciplinaire (8 spécialités chirurgicales, 2 l'établissement a été initialement délivrée en qualité de site pilote. Depuis, les renouvellements de l'autorisation, la validat (V2010 - juin 2012 sans réserves ni recommandations), la maîtrise de la prise en charge du patient en ambulatoire (indie l'établissement dans l'offre de soins régionale.

La clinique dispose de nombreuses conventions de coopération avec les différents acteurs, publics et privés, situés dans so pour objet la continuité des soins en assurant le repli et la ré-hospitalisation du patient, d'autres assurent une coordination c cadre du parcours patient. Ces conventions sont interdépartementales (30, 84,34,..) et inter-régionales.

Concernant les MSP, la clinique participe depuis des années à la formation des élèves infirmier(e)s. La direction de reconnaissance d'autre MSP notamment celle liée aux actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordina femmes et du personnel paramédical, ou encore l'enseignement universitaire.

Le CCA s'inscrit par nature au cœur même des orientations prioritaires du PRS et du Programme Régional de Gestion d chirurgie ambulatoire. Son activité, centrée uniquement sur la prise en charge des patients en 1 jour, conforte le nouveau par

Le CCA s'est engagé à assoir, auprès des instances publiques régionales et nationales (ARS, ANAP, HAS, DGOS..), sa pos prise en charge ambulatoire dans un centre autonome en renforçant sa politique d'innovation médicale par la réalisati ambulatoire et par le développement de son activité.

Il s'est également engagé à devenir un lieu d'étude pour l'ARS, l'ANAP et la HAS en vue d'analyser la pertinence du modèl lieux des freins et leviers de cette pratique.

Le CCA souhaite répondre à l'ensemble des besoins des patients par une offre de santé ambulatoire encore plus diversifiée c

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LA PARTIE PILOTAGE ET STRATEGIE

Dans le cadre du CPOM, les orientations stratégiques suivantes ont été contractualisées :

- Promouvoir la chirurgie ambulatoire substitutive au niveau régional mais également national,
- Maintenir ou renforcer la prise en charge de patients en provenance du territoire du Gard,
- Etudier la pertinence du modèle autonome

En matière de coopérations, les objectifs opérationnels contractualisés sont les suivants :

- Sécurité et qualité de la prise en charge ambulatoire : convention de repli et de partenariat à conclure avec le CHU de Nîmes
- Réflexion sur un partenariat renforcé avec les établissements médico-sociaux de type EHPAD (ex : mutualisation des ressources)
- Renforcer la coordination en amont et en aval de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap (réseaux)

Compte tenu de son modèle basé sur un centre de chirurgie ambulatoire autonome et face à la banalisation de la chirurgie, le centre développe des prises en charges sur des indications plus lourdes nécessitant un repli dont il ne dispose pas sur place. C'est pourquoi il a conclu un partenariat par le CCA avec le CHU de Nîmes pour la réanimation. Par ailleurs, une réflexion est menée sur l'ouverture d'un hôtel hospitalier.

INSTANCES ET COMITES

Ces informations ont vocation à apporter un éclairage sur les acteurs stratégiques et opérationnels de votre établissement.

Elles seront utiles à la compréhension de votre fonctionnement et à l'élaboration de votre stratégie.

LISTE DES INSTANCES DE PORTEE GENERALE*

Objectif : Identifier les instances de l'établissement et définir les acteurs qui seront rencontrés durant la visite.

INSTANCES DE PORTEE GENERALE* (ou équivalent dans votre structure)	NOMBRE DE REUNIONS PAR AN (SUR LES TROIS DERNIERES ANNEES ECOULEES)			COMMENTAIRES	PR US O
	N-2	N-1	N (ANNEE EN COURS)		
CA / Conseil de Surveillance	1	1	1	Une AG par an (SASU)	
Conseil exécutif / Directoire	/	/	/	Pas de conseil exécutif/directoire	
CE / CTE (Comité Technique d'Etablissement)	12	8	11	Existe des DP uniquement Départ du DP titulaire en 2014 – Nouvelles Elections DP en février 2015	
CHSCT	/	/	/	Pas de CHSCT	

CME	1	1	1	/	
DS (Direction des Soins) / CSIRMT (Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques)	/	/	/	/	
CRUQPC	4	4	4		

*Une ligne par instance : ajouter autant de lignes que nécessaire

LISTE DES STRUCTURES SPECIALISEES*			
STRUCTURES (COMMISSIONS, COMITES) EN CHARGE DE		NOMBRE DE REUNIONS ANNEE N-1	COMMENTAIRES
THEMATIQUES	NOM USUEL DE LA STRUCTURE DANS L'ES		
Qualité / Gestion des risques	Comité de Gestion des risques	3	
Infections nosocomiales / Evènement Indésirable Associé aux Soins (EIAS)	CLIN	3	Les EI sont analysés en comité de gestion des risques ; le CGR peut d'une RMM, d'une REMED ou d'une analyse de cause profonde pour les graves et/ou récurrents.
Coordination des vigilances	Comité des Gestion des risques	3	
Médicament et Dispositifs Médicaux	COMEDIMS	3	
Lutte contre la douleur	CLUD INTERCLUD	2	2 réunions du CLUD interne et participation de 1 à 3 réunions de l'INTERCLUD LR.
Conseil de bloc ou équivalent	Conseil de bloc	1	

Nutrition (CLAN ou équivalent)	/		Pas de restauration, simple collation servie au patient.
EPP	Comité EPP	1	
Autres (comité éthique, développement durable, soins palliatifs, etc.)*	Comité SIH	1	
Autres (comité éthique, développement durable, soins palliatifs, etc.)*	CREX	2	

**Une ligne par thématique : ajouter autant de lignes que nécessaire*

ACTIVITES

*Nous attirons votre attention sur la nécessité de vérifier l'exactitude des données.
Nous vous invitons par ailleurs à indiquer toute information utile relative à des évolutions d'activités
utilisant la case « Commentaires » prévue à cet effet.*

ACTIVITÉS DE SOINS AUTORISEES

Activité de médecine	<input type="checkbox"/> oui
Activité de chirurgie en hospitalisation complète	<input type="checkbox"/> oui
Activité de chirurgie ambulatoire	<input checked="" type="checkbox"/> oui
Activité de chirurgie esthétique	<input checked="" type="checkbox"/> oui
Activité de gynécologie-obstétrique	<input type="checkbox"/> oui
Activité de néonatalogie	<input type="checkbox"/> oui
Activité de réanimation néonatale	<input type="checkbox"/> oui
Activité de psychiatrie	<input type="checkbox"/> oui
Activité de soins de suite et réadaptation	<input type="checkbox"/> oui
Activité de soins de longue durée	<input type="checkbox"/> oui
Hospitalisation à domicile	<input type="checkbox"/> oui

Transplantation d'organes et greffes de moelle osseuse	<input type="checkbox"/> oui
Traitement des grands brûlés	<input type="checkbox"/> oui
Chirurgie cardiaque	<input type="checkbox"/> oui
Surveillance continue	<input type="checkbox"/> oui
Activités interventionnelles sous imagerie médicale par voie endovasculaire, en cardiologie	<input type="checkbox"/> oui
Neurochirurgie	<input type="checkbox"/> oui
Activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie	<input type="checkbox"/> oui
Médecine d'urgence	<input type="checkbox"/> oui
Réanimation	<input type="checkbox"/> oui
Anesthésie	<input checked="" type="checkbox"/> oui
Soins intensifs	<input type="checkbox"/> oui
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extra-rénale	<input type="checkbox"/> oui
Activités cliniques d'assistance médicale à la procréation (AMP), activités biologiques d'AMP, recueil, traitement, conservation et cession de gamètes issus de don, activités de diagnostic prénatal	<input type="checkbox"/> oui
Pharmacie à usage intérieur	<input checked="" type="checkbox"/> oui
Activité de reconstitution des cytostatiques	<input type="checkbox"/> oui
Unité centralisée ?	<input type="checkbox"/> oui
Traitement du cancer : - par chirurgie, - par chimiothérapie, - par radiothérapie. - utilisation de radioéléments	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> oui

SECTEUR A RISQUES	
Radiothérapie	<input type="checkbox"/> oui
Médecine nucléaire	<input type="checkbox"/> oui
Endoscopie	<input checked="" type="checkbox"/> oui
Salle de naissance	<input type="checkbox"/> oui
Electroconvulsivothérapie	<input type="checkbox"/> oui
Technique Interventionnelle utilisant l'Imagerie Médicale	<input type="checkbox"/> oui
Balnéothérapie	<input type="checkbox"/> oui

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LA PARTIE ACTIVITE

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LA PARTIE ACTIVITE

Etablissement disposant de 15 places de chirurgie ambulatoire ayant réalisé 4 505 séjours en 2015 (source SAE) (4 321 séjours du PMSI 2013 ont montré que les patients résident à 50 % dans le territoire de santé de l'établissement. En médecine (2,1 %), stomatologie s'établissait à 69 % et celle d'activités inter spécialités et suivi thérapeutique d'affections connues à 24,4 %. En chirurgie, il concernait principalement l'ophtalmologie (43%), ORL et stomatologie (28 %) et le cardio vasculaire (hors cathétérismes vasculaires) et les endoscopies représentaient environ 55 % de l'activité.

L'effectif du personnel médical est composé de 11 praticiens libéraux de spécialités médicales dont 4 anesthésistes réanimateurs et 7 chirurgiens, dont 2 gynécologues obstétriciens. L'effectif du personnel non médical est composé de 29 personnes soit 22,67

RELATIONS AVEC LES USAGERS

PLAINTES / CONTENTIEUX *

Nombre (année N) : 0

Nombre (année N-1) : 0

** Alors que la plainte peut conduire à une action en justice permettant un dédommagement, la réclamation porte sur des revendications au s*

RÉCLAMATIONS

Nombre (année N) : 3

Nombre (année N-1) : 3

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LA PARTIE RELATIONS AVEC LES

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LA PARTIE RELATIONS AVEC LES USAG

Nous n'avons pas traité de réclamations au sein de l'ARS pour les années 2014 et 2015.

PARTIE 2 : BILAN DES CONTRÔLES EFFECTUÉS ET INSPECTIONS CONCERNANT

Retrouvez toutes les informations explicatives dans le Guide « Sécurité sanitaire dans les établissements

<http://www.sante.gouv.fr/securite-sanitaire-dans-les-etablissements-de-sante-la-reglementation>

La fiche interface doit reprendre chacune des structures identifiées dans le VIPES.

- 1 FINESS ES = 1 fiche

Pour les établissements multi sites, ce tableau est donc à dupliquer pour chaque site.

Cas particuliers :

- Si deux FINESS ont la même adresse, ne faire qu'une fiche.
Ex : CH 000000000 - 8 rue des Pins et USLD 000000001 - 8 rue des Pins, alors 1 seule fiche.

Les informations contenues ci-dessous ont vocation à apporter un éclairage sur le niveau de sécurité

Pour les 3 items suivants : sécurité incendie, stérilisation, hygiène alimentaire, mentionnez uniquement le « contrôle » les contrôles réalisés par des organismes et corps d'inspection

***Pour les autres items, mentionnez en priorité les contrôles réalisés par des organismes et
A défaut, mentionnez les contrôles effectués par des sociétés privées***

DOMAINES DE SÉCURITÉ NE PAS AJOUTER NI SUPPRIMER D'ITEMS	ORGANISME DE CONTRÔLE <i>Aucune case ne doit rester vide :</i> - Indiquez « NC » si vous n'êtes pas concernés, - Indiquez « Activité sous-traitée » si l'activité est sous-traitée, - Indiquez « Aucun contrôle réalisé » si vous êtes concernés sans qu'aucun contrôle n'ait eu lieu.	DATE DU DERNIER CONTRÔLE	RECOMMANDATIONS		DÉCISIONS		SUITES DONNÉES PAR L'ÉTABLISSEMENT			O ÉT Utili pou co P co im lon pe ex
			OUI	NON	FAVORABLE	DÉFAVORABLE	RÉALISÉ	EN COURS	NON PRIS EN COMPTE	
			N'oubliez pas de cocher toutes les cases utiles. Ces informations sont indispensables à l'instruction de votre dossier							
Pour la sécurité incendie : uniquement organismes et corps d'inspection de l'Etat Sécurité incendie * - Catégorie 1 et 2 : visite tous les 2 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 3 et 4 : visite tous les 3 ans <input type="checkbox"/> - Catégorie 5 : absence de visite périodique <input checked="" type="checkbox"/>	Commission de sécurité	14/05/2002	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	C.P.S.A	Date du dernier contrôle annuel : 09/04/2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Circuit du médicament	ARS	16.06.2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Visit auto esth
Pour la stérilisation : uniquement organismes et corps d'inspection de l'Etat Stérilisation des dispositifs médicaux	ARS (visite conformité)	16.06.2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ARS (contrôle ICALIN)	25.07.2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ARLIN (inspection sollicitée)	01.03.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Désinfection des dispositifs médicaux	ARS (visite conformité)	16.06.2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ARS (contrôle ICALIN)	25.07.2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ARLIN (inspection sollicitée)	01.03.2011	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pour l'hygiène alimentaire : uniquement			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pas réch

organismes et corps d'inspection de l'Etat											Service unique
Hygiène alimentaire**	NC										
Eau d'alimentation**	BIOTECH GERMANDE (Activité sous-traitée)	24.11.2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Eaux à usage médical***	BIOTECH GERMANDE (Activité sous-traitée)	24.11.2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Eaux à usage technique****	BIOTECH GERMANDE (Activité sous-traitée)	24.11.2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Eaux chaudes sanitaires	BIOTECH GERMANDE (Activité sous-traitée)	24.11.2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sécurité anesthésique	ARS	16.06.2009	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Secteur opératoire	ARS (contrôle ICALIN)	25.07.2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	ARLIN	01.03.2011	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Radiothérapie	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques infectieux et pièces anatomiques.	SITA SUD (Audit externe)	19/11/2010	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Déchets à risques radioactifs	NC		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Déchets à risques chimiques et toxiques	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Effluents liquides	Aucun contrôle réalisé		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* pour les structures ambulatoires des établissements publics en santé mentale (CMP, CATTP ...) et les antennes des centres de dialyse, dupliquer la ligne s

** pour les structures ambulatoires des établissements publics en santé mentale (CMP, CATTP ...) et les antennes des centres de dialyse, dupliquer la ligne s

*** Eaux à usage médical : eau de piscine et de balnéothérapie, eaux pharmaceutiques, eau pour dilution des solutions concentrées pour hémodialyse, eau p

**** Eaux à usage technique : eau déminéralisée, eau distillée et eau osmosée. Elles sont notamment utilisées pour le rinçage des appareils et de la verrerie,

COMMENTAIRES DE L'ÉTABLISSEMENT SUR LES DOMAINES DE SECUR

- Diagnostic Technique Accessibilité conformément à l'article R.111-19-9 Du C.C.H : 27/09/2013
- Diagnostic Energétique – Projet METEOR – CCI de NIMES : 2012
- Diagnostic Energétique – société GINGER : Aout 2011
- Audit risque chimique (dossier SEVOFLUORANE) – Interventions AIST : 22/02/2012, 24/10/2013 et 27/03/2014 , 15/01/2015
- Contrôle de mise en service APAVE du 23/12/2013 d'un nouvel équipement sous pression (AUTOCLAVE)

COMMENTAIRES DE L'ARS SUR LES DOMAINES DE SECURITE

SUIVI AVIS DEFAVORABLE SECURITE INCENDIE

L'existence d'un avis défavorable à l'exploitation des locaux, en lien avec la sécurité incendie, ou la possibilité de surseoir à la certification.

Si vous êtes concernés, nous vous invitons à être le plus précis possible dans les réponses apportées.

Avez-vous mis en place un programme de mise en conformité ?

Commentaire :

oui non

Si oui, ce programme a-t'il fait l'objet d'un accord d'une autorité (CSI, Agence Régionale de Santé...)?

Dans ce cas, veuillez préciser la date et la forme de l'accord en mentionnant l'autorité avec laquelle il a été conclu :

oui non

Le programme de mise en conformité a-t'il débuté ?

Si non, des mesures transitoires ont-elles été prises ?

Si oui, quelles mesures ont été mises en place :

oui non

oui non

Nous vous rappelons que si vous obtenez un avis favorable en cours de procédure, il est indispensable de le signaler au Service de Certification, afin d'actualiser la fiche interface le cas échéant.