



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION  
CLINIQUE CHIRURGICALE DU  
GOLFE DE SAINT TROPEZ**

**RD 559**

**Rond Point du Général Diego Brosset**

**83580 Gassin**

**MARS 2018**

# SOMMAIRE

<b>INTRODUCTION</b>	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
<b>LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT</b>	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
<b>PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT</b>	6
<b>DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE</b>	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
<b>PROGRAMME DE VISITE</b>	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
<b>PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE</b>	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	15
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	36
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	40

# INTRODUCTION

## 1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

## 2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

### 3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

# LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

## 1. Lexique des termes utilisés

Audit de processus : <i>Sigle AP</i>	Méthode qui consiste à évaluer le management, l'organisation et la mise en œuvre effective d'un processus (une des thématiques V2014) afin de mesurer sa conformité aux exigences et sa capacité à atteindre les objectifs. Mené selon la logique du « PDCA », l'audit de processus analyse les contributions respectives des responsables du processus et des acteurs de terrain, la manière dont le management mobilise les équipes opérationnelles, mais également la capacité des équipes opérationnelles à rétroagir sur les pilotes du processus.
Conformité	Satisfaction à une exigence portée par la thématique et référencée au manuel.
Ecart	Non satisfaction d'une exigence portée par la thématique et référencée au manuel. Chaque écart est étayé d'une preuve et de sa source.
Élément d'investigation obligatoire	Élément-clé d'une thématique nécessitant une investigation obligatoire par l'expert-visiteur et une mention systématique dans le rapport qu'il s'agisse d'une conformité ou d'un écart.
Maturité	Traduction, pour chacune des sous-étapes du PDCA des thématiques investiguées, du niveau atteint par l'établissement dans la maîtrise de la définition et de la structuration de son organisation, de la mise en œuvre opérationnelle et de la conduite des actions d'évaluation et d'amélioration. On distingue 5 niveaux de maturité : fonctionnement non défini, de base, défini, maîtrisé, optimisé.
Méthode PDCA <i>Sigle P / D / C / A</i>	Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité : <ul style="list-style-type: none"> <li>- P = Plan : prévoir</li> <li>- D = Do : réaliser</li> <li>- C = Check : évaluer</li> <li>- A = Act : agir ou réagir</li> </ul>
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"> <li>- <u>Point sensible</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart qui n'entraîne pas de risque direct pour le patient ou les professionnels.</li> <li>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).</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>o Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels</li> <li>o Ou, écart indiquant une rupture du système.</li> </ul> </li> <li>- <u>Non-conformité majeure</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>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</li> <li>o Ou, absence ou défaillance totale du management d'une activité sur une thématique donnée.</li> </ul> </li> </ul>
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

CLINIQUE CHIRURGICALE DU GOLFE DE SAINT TROPEZ	
Adresse	Rond point gal diego broset - rd 559 83580 Gassin
Département / région	VAR / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	830000147	CLINIQUE CHIRURGICALE DU GOLFE DE SAINT TROPEZ	R.d. 559 Rond point du general diego broset 83580 Gassin
Etablissement de santé	830100368	CLINIQUE CHIRURGICALE DU GOLFE DE SAINT TROPEZ	Rond point gal diego broset - rd 559 Rond point du general diego broset 83580 Gassin

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	59	18

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Convention de fonctionnement avec le Centre Hospitalier Saint-Tropez ; Convention de réanimation avec le Centre Hospitalier de Draguignan ; Convention de rééducation avec le CERS de Saint-Raphaël ; Convention de soins palliatifs avec l'EMISP ; Convention de rééducation avec l'Institut Hélio Marin ; Convention de réanimation avec le Centre Hospitalier de Fréjus.
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/

Création d'activités nouvelles ou reconversions	/
---	---



# DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

## 1. Décision de certification

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

## 2. Avis prononcés sur les thématiques

### 3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

### 5. Suivi de la décision

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Chirurgie	Digestif Laparotomie pour Cholecystectomie	Programmé	Simple	MCO
2	Adulte	Chirurgie ambulatoire	Hernie ombilicale	Programmé	Simple	MCO
3	Personne âgée	Endoscopie	Endoscopies digestives thérapeutiques	Programmé	Simple	MCO

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

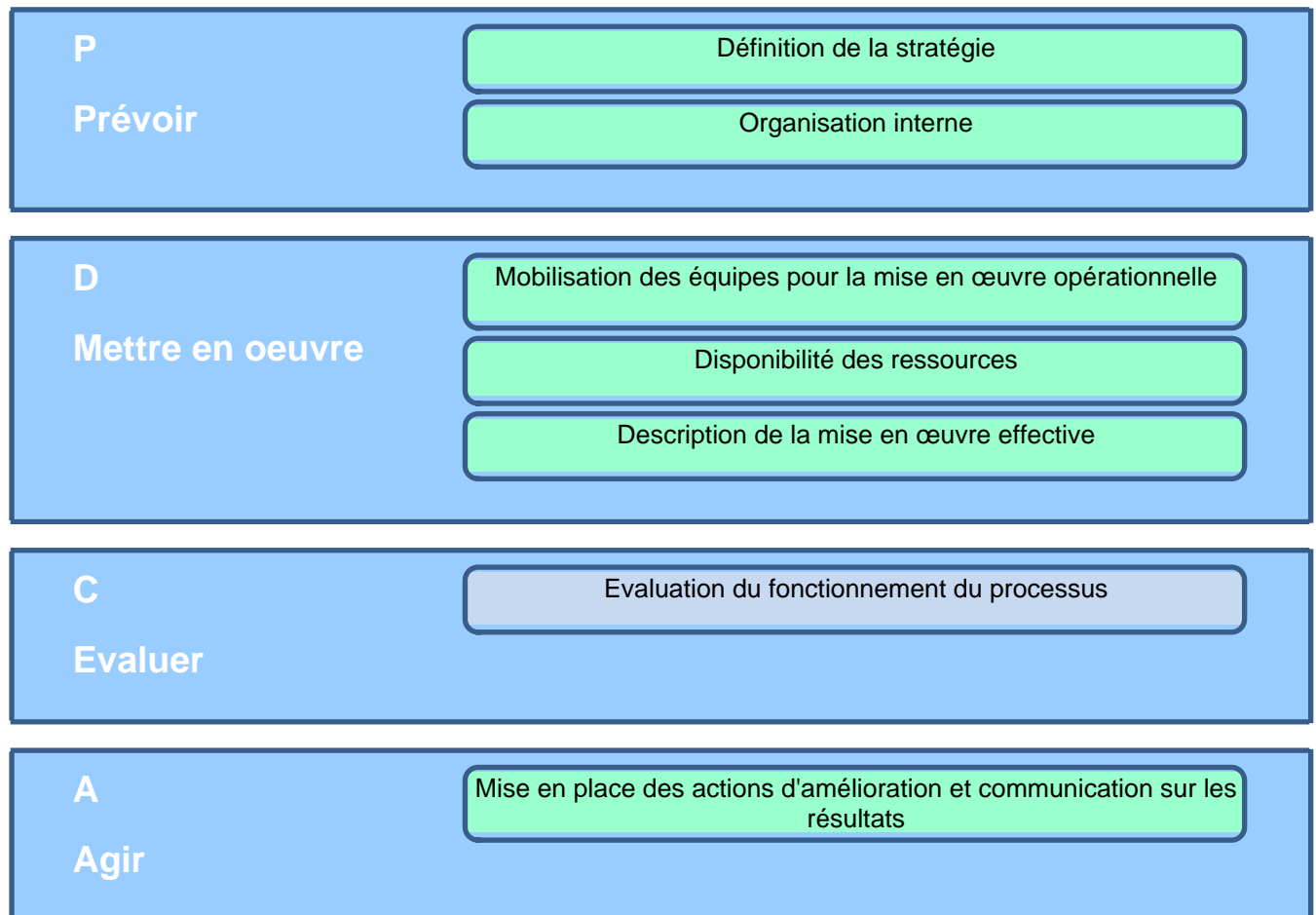
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La clinique chirurgicale du golfe de Saint Tropez fait partie depuis 2013 d'un groupe implanté sur deux départements contigus. Le système qualité de l'établissement est intégré à la démarche globale des établissements du groupe. Cette structure induit une organisation particulière déclinée soit au niveau de l'établissement soit au niveau départemental puis au niveau du groupe.

L'organisation de la démarche qualité gestion des risques est séparée en deux parties, d'une part la qualité, d'autre part la gestion des risques et vigilances. Les relations avec les usagers sont attribuées à une troisième personne, directeur adjoint au siège en charge des blocs opératoires.

Il y a donc deux documents de politique : l'un pour la qualité sécurité des soins et l'autre pour la gestion des risques.

La politique EPP fait l'objet d'un troisième document. La stratégie de développement de l'EPP a été révisée notamment en juin 2016 par la décision d'autonomie vis à vis du centre hospitalier.

L'organigramme de la clinique distingue bien ces trois entités.

L'établissement utilise le référentiel ISO 9001 et le référentiel HAS et recherche la convergence de ces deux démarches.

Le projet d'établissement comporte sept volets, le premier volet regroupe 17 politiques dont les trois sus citées. Le Projet d'Établissement 2013-2017 a été validé en séance de CME de mars 2017 au fur et à mesure de son actualisation.

Les besoins et les risques sont identifiés par processus, la gestion des événements indésirables est organisée, certains événements soit graves, soit fréquents sont analysés avec une analyse des causes par la méthode ORION. La gestion des événements indésirables est organisée et suivie avec les personnes concernées.

Les plans d'action des différents processus comportent le nom du responsable du suivi, du délai prévisionnel mais ne comportent pas d'indicateurs. L'établissement a fait le choix d'élaborer des plans d'actions par processus.

Il existe donc un plan d'action qualité qui présente par processus les risques, objectifs et actions d'amélioration. Des risques prioritaires sont choisis parmi les processus et intégrés au compte qualité. Le choix est effectué par le directeur général, en revue de direction, après audition des rapporteurs par processus.

Ce plan d'action qualité est revu par quadrimestre en revue de direction.

La combinaison des différents plans d'action des processus constitue la programme d'actions qualité institutionnel.

Les cadres et les responsables sont chargés de faire retour aux équipes afin de les informer et mobiliser.

**ORGANISATION INTERNE**

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est définie ; nommée en 2016, la pharmacienne en charge de cette fonction dispose d'une fiche de mission.

Les pilotes du processus suivent l'organisation de l'établissement et du groupe à savoir la séparation qualité, gestion des risques et relations avec la CDU.

Un comité de pilotage regroupe en revue de direction la direction, les responsables de service et le président de CME. Il pilote et coordonne les différents programmes d'action.

Un COVIGERIS, comité de vigilance et des risques est en place, en lien avec la CME. Ses missions sont notamment de veiller à la mise en place du programme d'actions, de veiller à l'analyse des événements indésirables.

Les moyens humains affectés à l'établissement en plus des directeur qualité d'une part et directeur gestion des risques du siège du groupe d'autre part sont pour la qualité : une assistante qualité à temps plein sur deux structures du groupe et une attaché de direction coordonnatrice qualité à temps plein au niveau du groupe pour la qualité.

Pour la gestion des risques, l'établissement dispose d'une assistante à temps plein sur deux structures du groupe. Des "thèmes qualité" sont abordés en formation et/ou en sensibilisation auprès des professionnels.

Les documents utiles sont identifiés et formalisés, ils sont consultables au sein de la GED informatisée.

Le public est informé sur la démarche qualité par affichage dans le hall et en se connectant au site internet de l'établissement.

La gestion des plaintes et réclamations écrites est assurée par le secrétariat sous le contrôle du chargé de relations avec les usagers. Six ont été dénombrées en 2016, leur contenu est relié à la gestion des événements indésirables. Les EPP sont suivies en CME, aucune EPP n'a été initiée depuis 2014 et toutes sont au stade 5 après qu'un travail de mise à jour ait déjà été effectué en 2017.

L'établissement participe aux réunions et recueil d'informations des structures régionales ou nationales de vigilance et de veille sanitaire, y compris un inter CLIN propre au groupe Établissements Sainte

Marguerite (ESM).

Le plan blanc est opérationnel. Un exercice simulé de gestion de crise n'est pas organisé mais le plan blanc fait l'objet d'un exercice annuel d'organisation de la cellule de gestion de crise.

La gestion des interfaces est organisée via les revues de direction.

## D / METTRE EN OEUVRE

### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables d'unité et cadres impulsent la démarche d'amélioration au sein de leur secteur à partir des décisions quadrimestrielles prises en revue de direction. Les objectifs et plans d'action sont présentés par processus, chaque professionnel concerné devant y contribuer.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques des professionnels par des évaluations et audits réguliers.

Les professionnels participent à la déclaration des événements indésirables, un groupe gestion des risques organise l'analyse des événements indésirables graves.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs sont adaptés aux risques et besoins. Une évaluation annuelle des professionnels est effectuée avec son responsable qui comporte le recueil des intérêts pour participer ou se former par exemple en hygiène, participer au CCLIN ESM, PRAP, gestion du stress.

La gestion documentaire est accessible, connue et utilisée par les professionnels avec des accès différenciés selon le profil professionnel.

Les postes informatiques sont en place, les accès sont sécurisés. Les plans d'action par processus sont accessibles par l'intranet de l'établissement.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les événements indésirables graves sont analysés ; pour l'année 2017, l'établissement a dénombré une soixantaine d'événements indésirables en huit mois. Des cinq niveaux de classement, seuls les trois plus élevés sont analysés (criticité majeure, critique, catastrophique) par des responsables d'actions selon la fiche d'événement indésirable. Ceci a donné lieu à 3 RMM. Des CREX sont menées si les événements indésirables graves sont récurrents, dix ont été réalisés en 2016 et six en 2017. Les EPP ont été revues en 2017, aucune EPP récente n'a été mise en œuvre en 2016 ni 2015, elles sont initiées selon les besoins.

Dans les unités d'hospitalisation de chirurgie et en chirurgie ambulatoire, un affichage permet de prendre connaissance de la charte du patient, du respect de la confidentialité et de la dignité, de la charte de la personne hospitalisée, du contrat d'engagement de lutte contre la douleur, de la commission des usagers (CDU).

Les professionnels rencontrés connaissent et utilisent les fiches de déclaration des événements indésirables, ils ont un retour du responsable d'action par mail lorsque l'événement indésirable est traité. Il existe une charte de non punition. De plus, un dispositif permet d'adresser directement et uniquement la déclaration au seul directeur général qui donne suite selon son appréciation, cette voie non soumise à hiérarchie de proximité permet de garantir un anonymat et un accès direct au seul dirigeant.

Les plaintes orales ne font pas toujours l'objet d'une retranscription en fiche d'événement indésirable, en l'absence de consignes les professionnels choisissent ou pas d'en parler en équipe ou à la responsable.

La connaissance de la notion d'EPP ou la notion des sujets traités est hétérogène.

Les notes de service sont remises en main propre et la remise est signée. Les informations générales et relatives à la qualité sont accessibles sur le site internet de l'établissement (dans un espace professionnel sécurisé), y compris les compte rendu de réunions, complétées par une réunion semestrielle.

Des kits pour la conduite à tenir en cas d'accidents d'exposition au sang sont à la disposition des équipes dans les lieux de soins.

La CDU ne se réunit pas comme la réglementation l'exige. En effet, la CDU ne se réunit que trois fois au lieu de quatre et la participation, relevée par l'établissement, montre un niveau faible. Cette fréquence est en accord avec les représentants des usagers.

Il existe deux questionnaires de satisfaction à remplir par les patients pour l'ambulatoire et l'hospitalisation. Ils sont remis et recueillis par l'IDE ou l'aide-soignant, une boîte de recueil est également disponible dans le service. Le taux de retour a fait l'objet d'une action de re-sensibilisation générant un meilleur retour en ambulatoire qu'en hospitalisation. Les questionnaires de satisfaction sont saisis par le secrétariat de l'accueil puis sont analysés par la direction, les sujets de doléances sont ressaisis et font l'objet d'un bilan annuel. Les éventuels commentaires libres laissés par les répondants sont transmis au service qualité qui les transmet au service concerné.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

De nombreuses évaluations par processus sont menées et suivies.  
Les résultats sont compilés par le service qualité à destination des instances et de la revue de direction. Un bilan annuel de mise en œuvre est réalisé et permet d'actualiser les actions.  
La clinique compare ses résultats avec ceux des établissements comparables du groupe ESM et avec les scores nationaux, par exemple pour l'ICALIN, l'ISO.  
Les résultats des indicateurs nationaux sont diffusés aux personnels concernés.  
La satisfaction des usagers est évaluée avec des documents différents selon que le séjour concerne l'hospitalisation ou l'ambulatoire et transmise en CDU lors de la présentation du bilan annuel.  
Un questionnaire douleur est proposé aux patients afin de recueillir leur ressenti et leur satisfaction de prise en compte.  
Un audit des pharmacies de service a été réalisé à la prise de fonctions du nouveau pharmacien.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration sont ré-évaluées en réunion de revue de direction trois fois par an pour suivi et réajustement éventuel.  
Une réunion de début d'année est consacrée aux bilans des différents groupes, comités et évaluations.  
Les professionnels sont informés par le site internet, des bulletins d'information ainsi qu'en commission du service des soins infirmiers. Il n'y a pas d'affichage dans les salles de soins, dans le sens de l'objectif du zéro papier. Les usagers sont informés des résultats des indicateurs nationaux par le site internet de l'établissement et par un affichage dans le hall d'entrée de l'établissement.  
Les résultats de l'audit des pharmacies de service ont fait l'objet d'un CREX et conduit à des actions d'amélioration.  
Pour les vigilances, un travail identique a conduit à l'élaboration d'une grille d'audit, commune aux vigilances, réunies dans le COVIGERIS.  
Les événements indésirables graves sont traités selon une procédure adaptée qui débouche selon les cas sur des actions correctives.

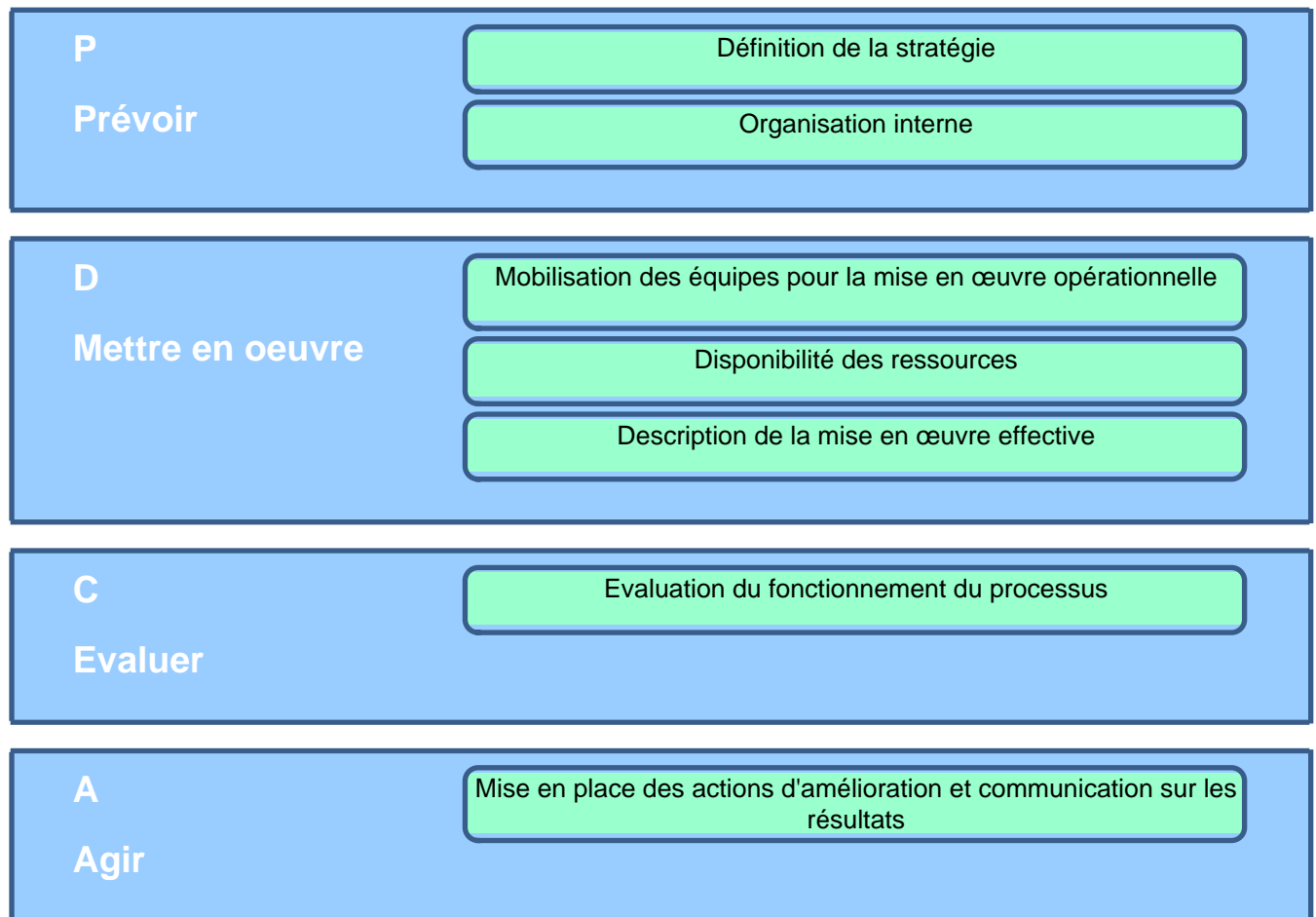
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 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**

Une politique de maîtrise du risque infectieux existe pour la période 2013-2017, elle a été révisée en janvier 2017. Cette politique n'est pas validée en CLIN ni en CME mais par son passage en Revue de direction ou les responsables du processus infectieux présentent et assistent chaque quatre mois à la Revue de Direction. Une politique déchets est rédigée avec onze points d'implication : recensement des produits, inventaire exhaustif des déchets, choix de filière de traitement, information et formation notamment.

Les besoins et les risques sont identifiés par processus à partir d'une cartographie des risques, de la mise en commun des risques au sein du groupe gestionnaire, des recommandations, des évaluations et des bilans des instances.

De ce fait, un programme d'actions de maîtrise du risque infectieux complété par un programme spécifique de maîtrise annuel des BMR détaille les actions de prévention, les actions de surveillance et de formation ainsi que le planning annuel des formations ou de participation des membres EOH (Équipe Opérationnelle d'Hygiène) et correspondants en hygiène à des congrès et journées d'échange.

**ORGANISATION INTERNE**

Un coordonnateur de la gestion risques associés aux soins a été désigné. Le pilotage du processus est assuré par une directrice du groupe chargée des soins et de l'hygiène, un co-pilotage des risques associés est confié au président du CLIN.

Ils disposent de fiches de mission pour ce pilotage.

La clinique est dotée d'une infirmière hygiéniste référente de l'établissement, celle-ci participe aux réunions de coordination (EOH transversales) des IDE hygiénistes organisée par le Directeur Risques et Vigilances et du groupe gestionnaire. Dans l'établissement, on dénombre 3 correspondants en hygiène médicaux et 13 correspondants hygiène non médicaux, 5 IDE, 5 aide-soignants, 2 ASH et un préparateur en pharmacie.

Une équipe opérationnelle d'hygiène est en place.

Le groupe auquel appartient l'établissement organise des INTERCLIN.

L'IDE hygiéniste participe à la formation interne ainsi qu'à la formalisation, l'actualisation et la communication des procédures.

Au regard de ses besoins et risque identifiés, l'établissement s'assure de l'existence et de la disponibilité des moyens humains (effectif et formation), matérielles (locaux équipements maintenance et documentaires). Une quarantaine de procédures existent et sont actualisées annuellement.

Des formations périodiques sont organisées en présentiel ou en e-learning pour les différentes catégories de personnels.

Les professionnels rencontrés au cours de la visite connaissent le e-learning et y ont participé.

La documentation est élaborée, actualisée et validée et disponible sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé ainsi que les comptes rendus de réunion du CLIN.

Des actions sont organisées au niveau institutionnel pour sensibiliser les professionnels aux risques identifiés et notamment sur la maîtrise du risque infectieux.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée par la concertation inter secteurs qui passe par la Commission du Service des Soins Infirmiers et par les instances contribuant à ce processus.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

En lien avec les risques intégrés au compte qualité et besoins identifiés par le CLIN, l'équipe opérationnelle hygiène organise la déclinaison de la démarche sur le terrain en s'appuyant sur les correspondants et l'encadrement de proximité. Cette déclinaison repose sur une concertation et favorise l'implication des équipes, notamment par des informations régulières. L'encadrement de proximité, les correspondants et l'équipe opérationnelle d'hygiène du groupe s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin. Elles sont identifiées par l'équipe opérationnelle d'hygiène avec la participation des professionnels.

Les résultats des actions sont communiqués aux équipes.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

La composition pluridisciplinaire du CLIN et de l'EOH ainsi que les correspondants internes en hygiène permettent de disposer des compétences complémentaires et nécessaires pour la lutte contre les

infections nosocomiales. En cas de besoin d'expertise sur l'antibiothérapie, il est fait appel pour avis à un infectiologue. Une unité Transversale en Antibiotérapie composée de praticiens reconnus référents en infectiologie et abtbiotérapie, dont les coordonnées sont disponibles sur le site internet de l'établissement, peut être sollicitée par les praticiens pour avis.

Les différentes catégories professionnelles des services sont formées à l'hygiène et sont sensibilisées aux principaux risques identifiés pour ce processus. Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation hygiène. Des actions de formation internes et externes sont organisées ; par l'IDE hygiéniste et les correspondants en hygiène : bio nettoyage en partenariat avec la gouvernante, hygiène hospitalière des nouveaux personnels, hygiène et brancardage, sensibilisation soignant-soigné-accompagnant sur l'hygiène des mains.

La formation des professionnels est assurée par l'IDE hygiéniste et complétée par une offre en e-learning, les thèmes récents concernent deux audits pour les vigilances et l'identitovigilance. De plus, les personnels accèdent à deux autres formations e-learning, distinguées par catégorie professionnelle, comme l'hygiène des mains et les accidents d'exposition au sang (AES).

Les procédures validées et actualisées sont disponibles dans le logiciel de gestion documentaire, connues des professionnels rencontrés au cours des visites terrain. Elles concernent les précautions, la prévention, les soins au patient, le bio-nettoyage, les circuits, le matériel, les contrôles environnementaux, les produits.

Les services de soins sont équipés de matériel adapté pour l'entretien des locaux et pour les soins.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activités mettent en œuvre les procédures prévues pour le fonctionnement en matière de maîtrise du risque infectieux. Les actions relevant des préconisations du CLIN sont connues et mises en œuvre par les professionnels du soin ainsi que pour l'entretien non sous traité des locaux.

Les protocoles liés à la prévention du risque péri-opératoire sont mis en œuvre.

L'information du patient et de sa famille est assurée (livret d'accueil, livret d'information sur les bactéries multirésistantes aux antibiotiques, livret d'information sur une infection à Clostridium difficile et livret d'information sur la gale, et ce, tant pendant l'hospitalisation, qu'au domicile au sortir de l'établissement).

L'information du public sur les résultats des indicateurs « Qualité et sécurité des soins » et notamment sur les indicateurs TBIN est assurée par affichage à l'accueil de l'établissement. Le CLIN et son rôle sont détaillés dans le livret d'accueil. Le Livret d'Information Patient détaille la douche pré-opératoire comme action de prévention des infections nosocomiales.

Les dispositifs de protection du personnel sont disponibles, les AES sont traités au moyen d'un kit de produits lequel est présent dans chaque unité comme vu au cours de la visite de terrain.

La prévention des risques liés à l'environnement (eau, air, linge, déchets, hygiène des locaux) est assurée. La traçabilité des actes de désinfection et nettoyage des matériels et locaux est effectuée tant dans les services de soins qu'au bloc opératoire.

L'établissement réalise la surveillance en incidence des infections du site opératoire.

La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e et 72e heure est tracée dans le dossier patient informatisé sur le plan de soins et dans les observations médicales.

Il existe un protocole d'antibioprophylaxie en chirurgie, des recommandations de bonnes pratiques d'antibiothérapie curative en chirurgie et d'administration de certains antibiotiques. Certains antibiotiques font l'objet de prescription contrôlée.

La surveillance de la consommation en antibiotiques est assurée et les résultats sont restitués en CME et COMEDIMS. L'établissement est peu confronté aux BMR.

Des RCP d'infectiologie intégrant la commission des antibiotiques sont mises en œuvre. En cas de RMM relative à un cas mettant en jeu l'infectiologie, l'IDE hygiéniste y participe. Une surveillance épidémiologique est assurée par le Laboratoire et restituée en CLIN.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles grâce aux actions des correspondants hygiène et de l'EOH et à la complémentarité de leurs actions.

Les représentants des usagers sont conviés aux réunions du CLIN, cependant ils n'y participent pas. Ils ont bénéficié d'une formation en hygiène hospitalière dans le cadre d'une formation inter établissements.

Le respect des règles d'hygiène applicables au traitement des déchets ne sont pas toujours mises en œuvre. Ainsi, les locaux DASRI, des services de chirurgie du premier et deuxième étage ne sont pas ventilés au moment de la visite. Suite à ce constat, l'établissement a fait preuve de réactivité et fait intervenir son prestataire afin de réparer la ventilation. La traçabilité du nettoyage n'est pas toujours assurée et dans un des services (2ème étage) la date des sacs jaunes de collecte des déchets ne sont pas tracées sur ceux-ci comme le protocole le prévoit.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique surveille la consommation d'antibiotiques en doses définies journalières rapportées à l'activité.

Le suivi du programme d'actions est suivi par l'INTERCLIN du group et le CLIN de l'établissement. Il est présenté en CME et surtout en revue de direction.

Des contrôles environnementaux des locaux et des surfaces sont réalisés ainsi que des analyses des eaux chaudes sanitaires (légiennelle) et la surveillance de l'incidence des infections associées aux soins est régulière (enquêtes annuelles : ISO BMR et vaccination des personnels).

Une première réunion de concertation professionnelle (RCP infectiologie) s'est tenue en avril 2017, traitant notamment de la présentation de la surveillance du laboratoire pour les BMR 2016 avec comparaison 2015-2016 . La clinique participe à des réseaux de surveillance BMR.

Un bilan annuel est présenté en INTERCLIN, en CLIN et en CME. C'est en interCLIN et en CLIN que sont définies les priorités, notamment d'évaluations, partie prenantes du plan d'actions à venir, et présentées en revue de direction.

## **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre découlent des priorités fixées, des évaluations des audits, de l'analyse des fiches d'événement indésirable, de l'analyse de la satisfaction des patients, tests et résultats d'indicateurs.

Les actions d'amélioration couvrent l'ensemble des champs du processus.

Le pilotage est assuré par les directeurs des ESM du groupe et à l'échelon local par le CLIN, IDE hygiéniste, référents hygiène et EOH.

Les usagers sont informés annuellement des résultats des indicateurs nationaux, les professionnels sont informés par les responsables d'unités de soins des actions d'amélioration.

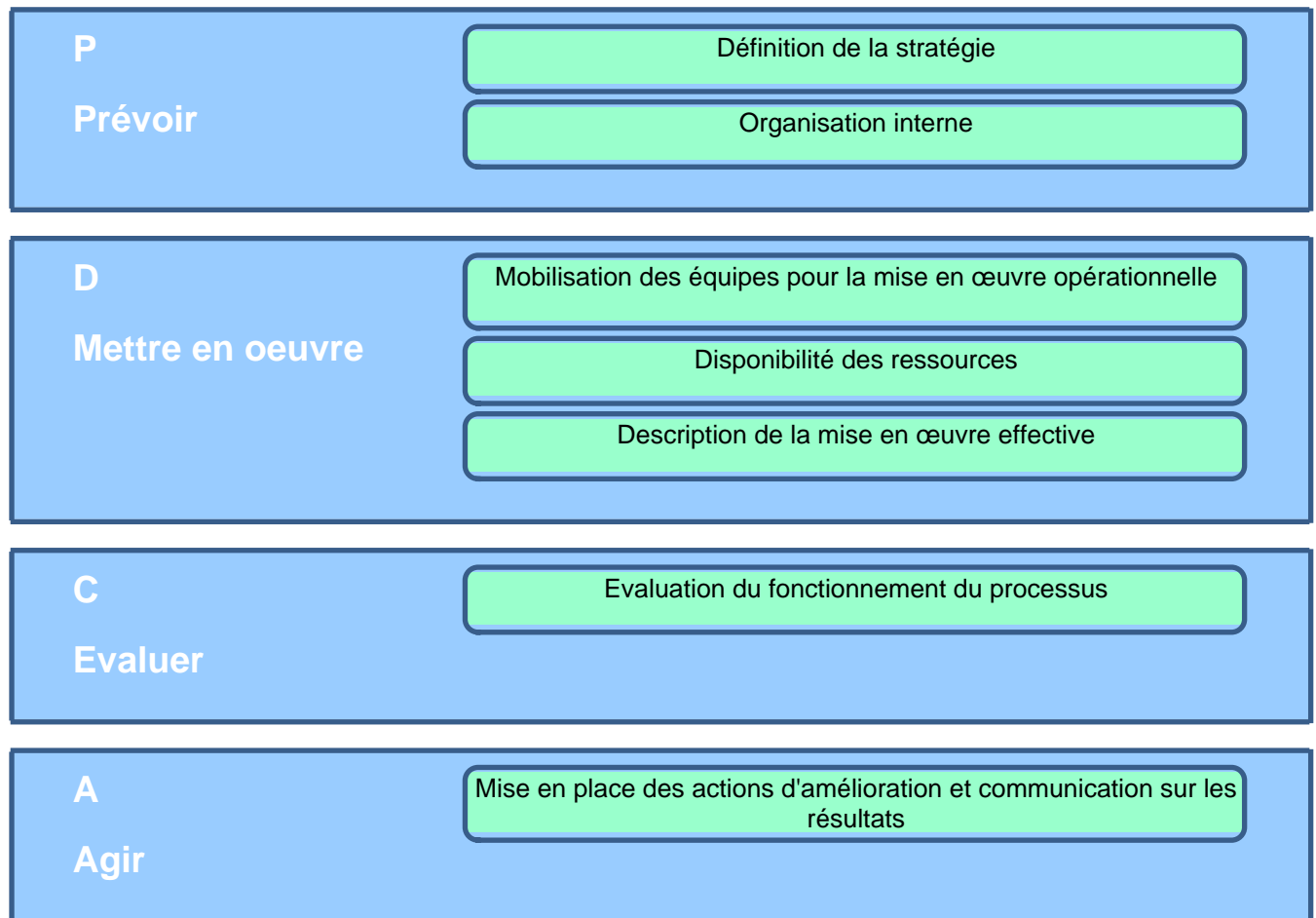
# DROITS DES PATIENTS

## 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



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique des droits du patient 2013-2017 figure dans le projet d'établissement. Elle a été revue en janvier 2017 et décrit les droits fondamentaux du patient, ceux de la personne malade et les droits spécifiques des personnes en fin de vie. Le programme est arrêté en réunion de Revue de Direction, la structure juridique du groupe ne comportant pas d'instance telles que conseil d'administration ou conseil de surveillance.

La CME se voit présenter les orientations sans validation formelle.

L'établissement a identifié selon une méthode de hiérarchisation deux risques dans son compte qualité pour ce processus selon la méthodologie HAS : la maltraitance et la connaissance des bonnes pratiques de mise en place des contentions.

La promotion de la bientraitance se déploie au moyen d'une charte de bientraitance et par des formations aux personnels. Deux formations par an traitent de la bientraitance, cependant un état des lieux permettant d'identifier les situations les risques et les facteurs de maltraitance n'est pas réalisé en lien avec la CDU.

Le site internet de l'établissement mentionne les droits du patient.

La clinique a identifié des mesures permettant le respect de la confidentialité des informations relatives au patient : accès sécurisé au dossier, transports des dossiers dans des sacs spécifiques opaques tant en brancardage qu'en transport vers le DIM ou les archives.

Les représentants des usagers ne participent pas à l'élaboration de la politique des droits des patients notamment au sein de la CDU. En effet, le programme d'actions relatif à la promotion ou au respect des droits des patients n'est pas présenté, débattu ni validé en CDU. Il ne comporte pas d'indicateurs d'atteinte des objectifs. De plus, l'organisation concernant le droit des patients n'est pas articulée avec la CDU.

#### ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus sont la directrice qualité du groupe et la responsable d'unité de la clinique, remplaçant la DSSI absente ; elles sont dotées d'une fiche de mission.

Le co-pilote du processus est un directeur adjoint du siège, en charge des blocs opératoires et des relations avec les usagers.

Les ressources humaines sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. Les besoins en formation sont identifiés.

Les modalités d'accueil de l'entourage, l'accueil des enfants, l'information à donner et recueillir à l'entrée du patient, l'accès à son dossier, le recueil du consentement éclairé sont identifiés et organisés.

Les locaux et la signalisation sont adaptés pour répondre aux besoins des usagers.

Le médecin DIM est en charge de l'accès au dossier sur demande des patients. Peu de dossiers sont demandés, en 2016 douze demandes dont deux inabouties et dix traitées dans les délais réglementaires.

Il existe une procédure de déclaration en cas de maltraitance, celle-ci s'effectue par le biais des déclarations des événements indésirables.

Les professionnels ont accès à la commission éthique à laquelle des représentants par profession (IDE, ASQ et ASH) participent. Cependant, Il n'y a pas d'accès aux ressources documentaires en matière d'éthique, une recherche effectuée au cours de l'entretien avec les pilotes du processus du droit des patients et en charge de la commission n'a pas permis d'accéder au lien indiqué lequel renvoie vers une base documentaire non actualisée et non accessible aux salariés.

Le livret d'accueil détaille les droits et obligations des patients : consentement éclairé, accès à son dossier médical, PMSI, CDU, missions des membres médiateurs, personne de confiance, majeurs protégés, directives anticipées, charte de la personne hospitalisée, charte élaborée en interne, respect de la confidentialité et de l'intimité du patient, contrat d'engagement, douleur.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction, pilote du processus, décline avec les responsables des différents services, la politique de respect des droits du patient et le plan d'actions qualité et gestion des risques correspondant à ce processus.

Le management des différents services se saisit des actions ciblées dans le programme d'actions et le plan d'actions des risques du processus droits des patients.

Les équipes sont informées et mobilisées sur les objectifs de la politique des droits des patients.

Les services sont systématiquement informés des plaintes, des réclamations, du retour des questionnaires de sortie, des événements indésirables relatifs aux droits des patients.

Les bilans annuels d'activité des différentes instances et groupes de travail sont consultables sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé, permettant ainsi aux professionnels d'y accéder. Les audits semestriels, permettent d'identifier et de sensibiliser les professionnels sur la traçabilité des actions relatives aux droits du patient (personne de confiance, consentement...).

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Une formation de deux jours a été réalisée pour deux salariés en 2016 comme en 2015 sur le thème de l'accueil, la prise en charge et les droits du patient dans un établissement hospitalier. La formation bienveillance a concerné 5 personnes en 2015 et 6 en 2016.

Un e-learning est proposé sur la prise en charge de la douleur.

De nombreuses procédures existent et sont consultables par les personnels qui savent y accéder, comme constaté lors des investigations terrains : respect des droits, isolements, contention, refus de soins, directives anticipées.

Le livret d'accueil est remis en pré-admission, le cas échéant et est accessible par le site internet de la clinique.

Compte tenu de l'attractivité touristique locale, les personnels parlant des langues étrangères sont identifiés et appelés si besoin. Un livret d'information patient est disponible en anglais en vue d'une intervention chirurgicale. Les chambres des patients sont équipées de petits coffres individuels pour garantir la sécurité des biens personnels. Elles permettent également le respect de la dignité et de l'intimité du patient.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les soins y compris d'hygiène se réalisent dans le respect de la dignité et l'intimité des patients.

Les questions éthiques se posant au sein de l'établissement sont traitées lors des commissions éthiques qui se tiennent deux fois par an, les professionnels peuvent y inscrire les sujets qui les questionnent.

En cas de dommages liés aux soins, les professionnels mettent en application la procédure correspondante et doivent y associer une déclaration d'événement indésirable.

Les visites sont autorisées de 10h à 20h.

Aucun cas de maltraitance interne n'est connu des professionnels, des déclarations ont pu être réalisées en cas de maltraitements survenues à l'extérieur de l'établissement et n'impliquant pas des salariés.

Les rares contentions (barrière de lit, isolement septique), lorsqu'elles sont nécessaires, font l'objet d'une prescription médicale, tracée et ré-évaluées.

Les patients sont informés de l'existence et du fonctionnement de la CDU, la traçabilité de la recherche du consentement éclairé du patient est assurée, les dossiers consultés sur le terrain le montrent ainsi que les patient traceur effectués.

Quatre chambres sont équipées de moniteur et de caméra de surveillance individuelle non enregistrées au sein du service de chirurgie afin de permettre une surveillance plus sécurisée des patients en post opératoire. Récemment installées, ces caméras de surveillance font l'objet d'un affichage de la déclaration CNIL qui figure sur une affichette dans la chambre complétée des coordonnées de la personne à contacter pour tout renseignement. Une information orale sur ce dispositif est donnée au patient. Le retour des caméras donne sur le poste de soins du service de chirurgie accessible uniquement aux professionnels autorisés.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La clinique réalise deux fois par an un audit de pratique sur le respect des droits du patient, vers les professionnels soignants du bloc de la chirurgie 1 et 2 et de l'ambulatoire sous forme d'une grille de "quiz" très détaillé. Un score global est calculé à partir des réponses des professionnels. Ainsi, une grille d'audit des soins comportant des items sur la dignité et l'intimité est réalisée.

Les remarques figurant dans le questionnaire de satisfaction sont recueillies et traitées.

Une EPP sur la prise en charge des patients douloureux existe depuis 2011, au stade 5 elle se poursuit par des enquêtes régulières.

La psychologue exerçant à temps partiel établit un bilan quantitatif d'activité.

Les plaintes et les réclamations font l'objet d'une enquête dont le contenu remonte en revue quadrimestrielle de direction.

Les résultats des indicateurs sont communiqués aux salariés et présentés lors du bilan annuel de la CDU.

## A / AGIR

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

L'établissement utilise les résultats des évaluations, des événements indésirables, des remarques issues

des questionnaires de satisfaction pour mettre en place des actions d'amélioration du dispositif de respect des droits des patients.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. Les professionnels sont informés par le site internet, le bulletin d'information et au sein de la commission des soins. Les usagers sont informés par affichage dans le hall d'entrée de l'établissement.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

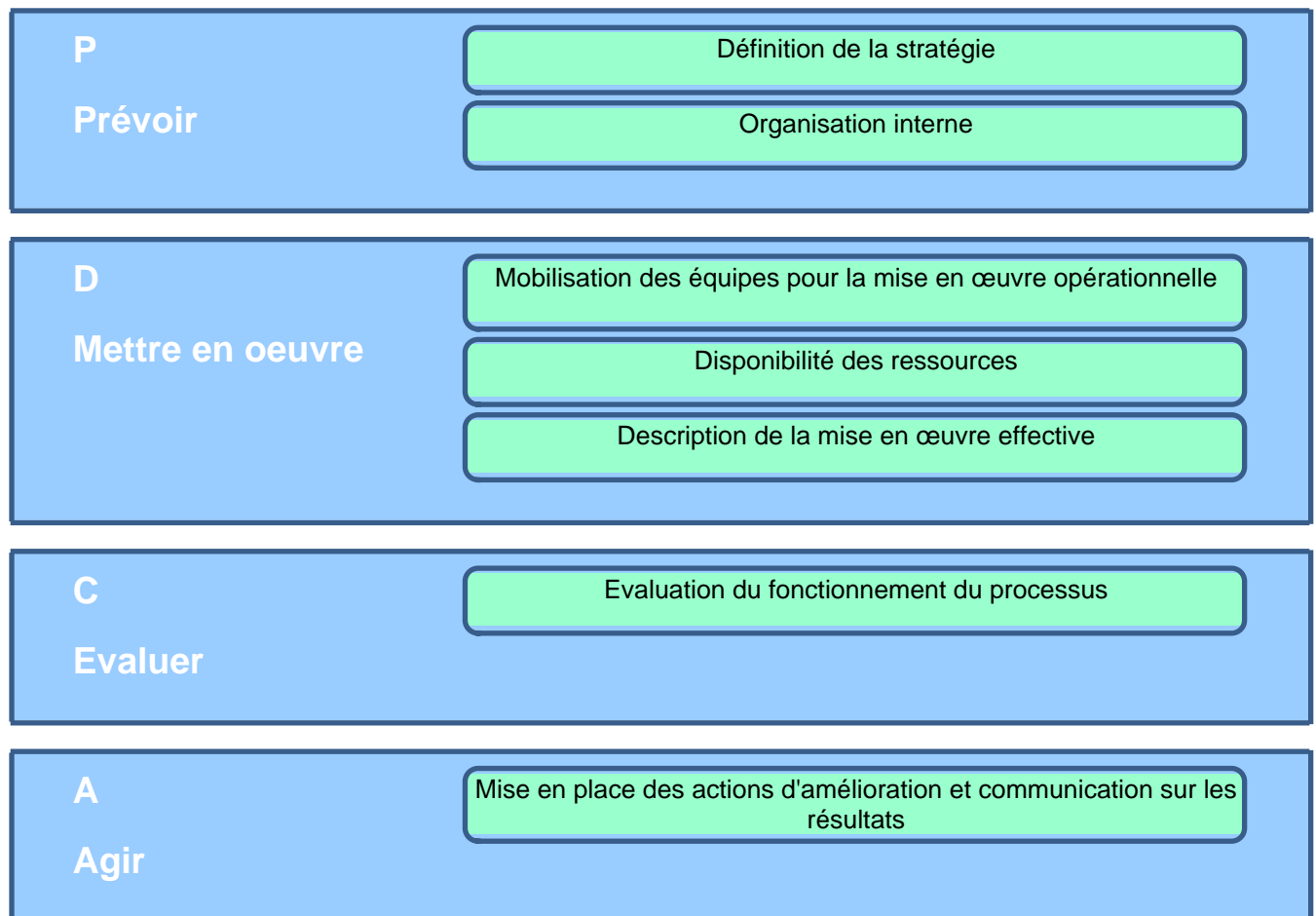
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

La clinique du Golfe de Saint-Tropez fait parti du groupe des Établissements Sainte-Marguerite (ESM) depuis 2013. La politique du parcours patient est formalisée au regard des orientations du CPOM et des axes stratégiques du projet d'établissement 2013-2017, mis à jour en janvier 2017. Elle est déclinée dans le projet médical et le projet de soins. Le diagnostic des activités de proximité spécifiques à l'établissement a été réalisé au regard de sa situation géographique isolée dans le département du Var, de sa complémentarité avec le centre hospitalier de Saint-Tropez au sein du Pôle Santé et des établissements de santé du groupe et du territoire.

Une cartographie des risques a priori et a posteriori associée à un dispositif de maîtrise a été effectuée sur l'ensemble du parcours patient intra-hospitalier pour chacun des 2 services de l'établissement, chirurgie et chirurgie ambulatoire. Elle prend en compte la coordination en aval et en amont des activités, les hospitalisations programmées ou en urgence, l'accès aux consultations et les prises en charge spécifiques. La hiérarchisation des risques a été réalisée avec les professionnels concernés selon la méthode de l'établissement à partir de la grille de criticité HAS. Les actions issues des cartographies des risques sont déclinées dans les plans d'action des projets de service et du processus. Les risques et les actions prioritaires sont identifiés dans le compte qualité. Ces plans d'actions sont validés, en comité de pilotage (COPIL), en revue de direction, en instances (CME, CSSI). L'établissement a fait le choix de réaliser un plan d'action par processus.

**ORGANISATION INTERNE**

Placé sous la responsabilité du président de la CME, un groupe pluridisciplinaire constitué des directeurs (soins et nutrition, soins et hygiène) et des cadres de santé des secteurs chirurgicaux, pilote le processus. Leur rôle est défini dans une fiche de fonction.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines.

Les procédures sont intégrées dans le système de gestion documentaire : protocoles de soins, de prise en charge de la douleur, de gestion des urgences vitales, d'accueil administratif et paramédical dans les unités d'hospitalisation. L'accueil de l'utilisateur dans l'établissement est défini dans une procédure.

Le processus parcours patient est formalisé et à disposition des professionnels dans les unités de soins. L'organisation de la prise en charge des urgences vitales est définie.

La coordination du parcours du patient est organisée au sein de chaque secteur entre les services cliniques et médicotехniques (PUI, laboratoire de biologie médicale, imagerie). Une équipe de transport interne et logistique est en place.

Des procédures définissent la prise en charge des populations spécifiques telles que les personnes âgées de 75 ans et plus, les enfants et adolescents, les détenus.

Les interfaces et les circuits sont organisés, elles sont définies dans certaines procédures, évaluées aussi notamment en ce qui concerne l'interface avec les urgences du centre hospitalier adossé. Le parcours patient est défini et prend en compte toutes les interfaces cliniques, administratives et logistiques.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

L'encadrement supérieur et de proximité s'est saisi des enjeux liés à la politique du parcours patient et communique sur les objectifs auprès des professionnels au sein des commissions du service des soins infirmiers, des réunions de service et au moyen d'outils comme les bilans des performances des processus présentés en revue de direction. Ceux-ci regroupent toutes les données et indicateurs relatifs au processus. Ils déclinent les thématiques concernant l'accueil du patient, l'évaluation initiale et continue, le projet de soins personnalisé (PPS), la prise en compte du risque suicidaire, l'évaluation nutritionnelle, la prise en charge des urgences vitales, la coordination avec les plateaux techniques, la sortie du patient.

L'encadrement s'assure de la conformité des pratiques : remise du livret d'accueil au patient, recueil des données du patient dans les macro-cibles du dossier patient, conformité des bons de demande d'examen.

Les professionnels participent à l'élaboration des procédures et protocoles dans leur secteur d'activité.

Des RMM sont organisées pour chaque spécialité chirurgicale. Des patients traceurs sont réalisés périodiquement. Des Crex sont constitués pour l'analyse des événements indésirables pour l'ensemble du processus.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs. Au regard des tableaux d'astreintes, la continuité de la prise en charge est assurée 24h sur 24h y compris pour la prise en charge des urgences chirurgicales en complémentarité avec le Centre Hospitalier du Pôle Santé.

Des conventions de fonctionnement avec les centres hospitaliers du département permettent le recours à une offre de soins complémentaire : réanimation et rééducation. Des avis spécialisés sont recherchés en cancérologie, en psychiatrie.

Le plan global de formation prend en compte les orientations en matière de parcours du patient, le développement des compétences spécifiques (douleur), les thématiques liées au processus comme l'accueil et l'écoute du patient. Les professionnels sont formés à la prise en charge des urgences vitales.

Des modules e-learning (prise en charge de la douleur, patient traceur, erreur médicamenteuse) élaborés au sein de l'établissement sont à disposition des professionnels.

Un dispositif d'accueil des nouveaux arrivants, des intérimaires et des stagiaires est en place.

Les procédures et protocoles sont disponibles et accessibles aux professionnels sur le site internet de l'établissement dans un espace sécurisé. Des livrets d'informations sont remis au patient en fonction de prise en charge spécifiques ou d'actions d'éducation thérapeutique par exemple en unité de chirurgie ambulatoire, endoscopie, chirurgie, ophtalmologie.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les équipes mettent en œuvre l'organisation des parcours des patients pour l'ensemble des étapes de la prise en charge. La permanence des soins est organisée et visible sur un tableau d'astreinte informatisé. La coordination des acteurs et le suivi des patients sont réalisés en particulier à l'aide du logiciel dossier patient.

Une organisation est prévue pour l'accueil et le soutien de l'entourage dans tous les services.

Les procédures de sécurisation de l'identification des patients sont mises en œuvre.

L'évaluation initiale a fait l'objet d'un plan d'actions au regard des résultats des indicateurs IQSS (63%) de 2016. Elle est tracée dans l'observation médicale d'entrée et dans la macro cible paramédicale.

Le projet de soins personnalisé est ajusté en fonction d'une évaluation continue et il est tracé dans le dossier informatisé du patient. Il prend en compte la réflexion bénéfices-risques et le consentement du patient.

L'identification des patients à risques suicidaire est réalisée : identification du risque dans la macrocible d'entrée, suivi psychologique en interne, consultation avec un psychiatre si nécessaire.

La prise en charge nutritionnelle des patients est effective. Elle est suivie par les professionnels concernés et coordonnée par le CLAN.

Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont réalisées dans le cadre de la chirurgie cancérologique et des RMM pour chaque spécialité médicale et chirurgicale.

Les chariots d'urgences sont conformes et vérifiés périodiquement dans tous les secteurs de l'établissement.

L'établissement met en œuvre des actions d'éducation thérapeutique sur certaines thématiques : diabète, gestion des anticoagulants. Une plaquette d'information sur l'offre de soins régionale en éducation thérapeutique est proposée au patient en cas de besoin.

Les délais de transmissions des résultats de laboratoire et d'imagerie sont compatibles avec la prise en charge du patient. Les résultats sont visibles sur le serveur dédié et retrouvés dans le dossier patient.

La coordination des professionnels de soins, de rééducation et psychosociaux est effective.

Au regard du résultat des indicateurs IQSS 2016 (délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation 55%), l'établissement a mis en place des actions pour améliorer la coordination de la sortie du patient. Un document de liaison à usage paramédical a été intégré au dossier patient informatisé (SIP). Les médecins ont été sensibilisés aux critères attendus dans la lettre de sortie jointe au compte rendu opératoire et à l'ordonnance. Le médecin DIM évalue le délai d'envoi du courrier de sortie pour chaque praticien par un audit périodique qui montre un résultat global conforme. Les questionnaires de satisfaction sont remis au patient.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement évalue le fonctionnement du processus sur la base du recueil des indicateurs IQSS, des patients traceurs, d'audits (urgence vitale, identité-vigilance, douleur, pratiques de soins), de RMM et de CREX et des résultats des questionnaires de satisfaction. Ces évaluations sont suivies en revue de direction quadrimestrielle.

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

De nombreuses actions d'amélioration ont été mises en œuvre : identification des parcours au sein de l'établissement, amélioration de l'accueil pour les urgences chirurgicales, macro cibles d'entrées avec évaluation des risques (chute, suicide). La communication des résultats est réalisée au sein des instances, des réunions de service, par le site internet de l'établissement (espace professionnel sécurisé) et auprès des représentants des usagers pour les résultats des questionnaires de satisfaction.

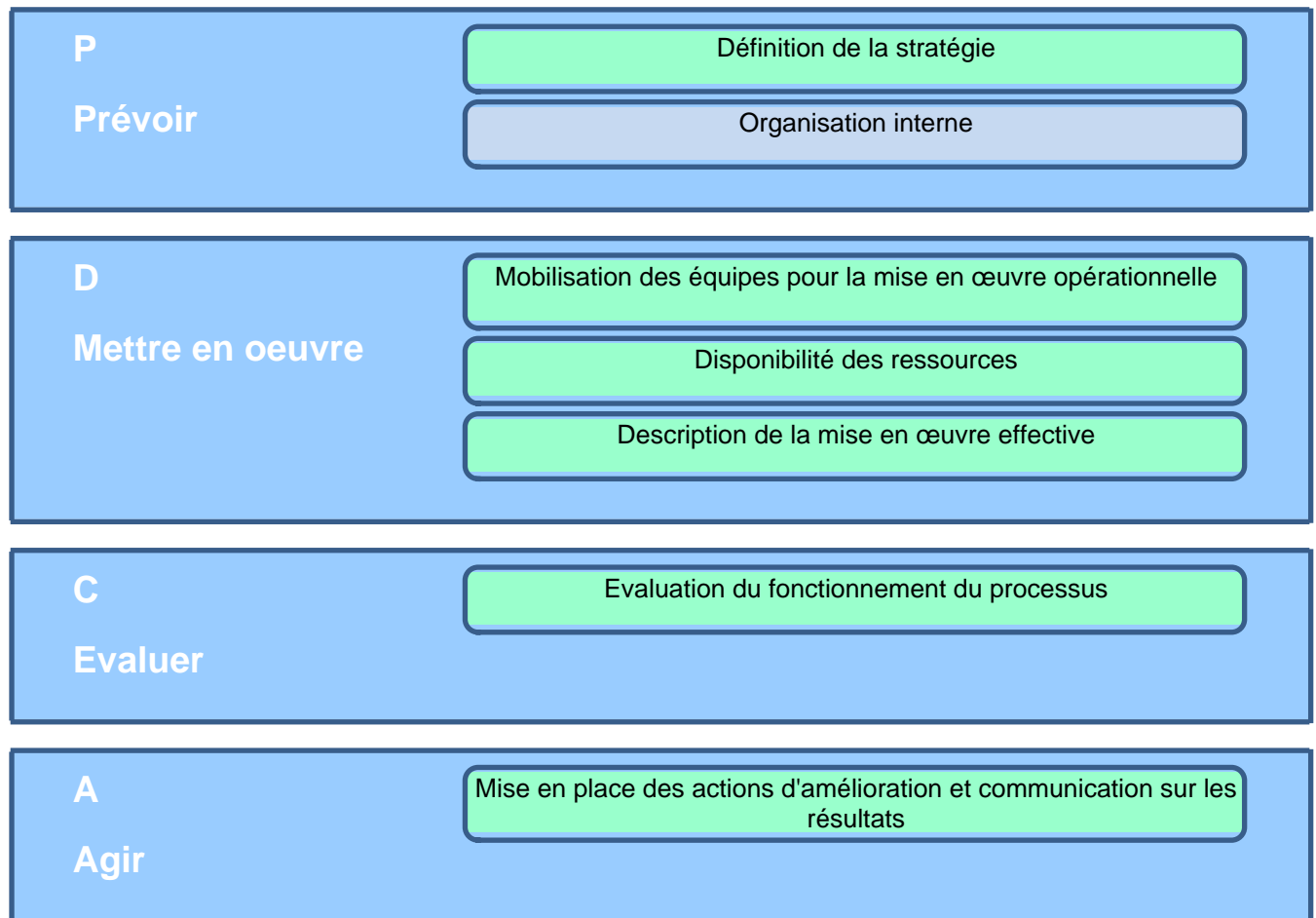
# DOSSIER PATIENT

## 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**

La politique du processus dossier patient est élaborée pour la période 2013-2017. Elle vise à sécuriser et coordonner les données relatives au patient. Elle s'appuie sur 2 axes forts, l'accessibilité et la confidentialité, et a pour objectif à moyen terme une organisation en "zéro papier" grâce au "SIP", suivi informatisé du patient. Ces éléments sont précisés dans le schéma directeur, élément du projet d'établissement mis à jour en janvier 2017. La politique intègre les modalités d'accès du patient à son dossier, et le suivi des délais.

L'établissement s'est appuyé sur les décisions de la V2010, les résultats des IQSS, les résultats des EPP (Tenue du dossier d'anesthésie) et des différents audits menés en interne sur le dossier, ainsi que sur les fiches d'événements indésirables pour identifier les risques en lien avec ce processus. En effet, les fiches d'événements indésirables du dossier patient sont systématiquement dans les 10 les plus fréquentes, et concernent principalement les problèmes matériels ou l'absence de droits ouverts pour les nouveaux arrivants, avec un risque de retard dans les prescriptions par exemple.

Une attention particulière est portée à l'interface avec le centre hospitalier, car la transmission d'information entre les 2 secteurs repose sur la transmission du dossier papier.

Le compte-qualité recense les principaux risques validés par la direction et les instances décisionnaires. Ils font l'objet de plans d'actions prioritaires présentés et validés tous les 4 mois en revue de direction. Les actions d'amélioration sont assorties d'objectifs précis, de responsables, d'échéances et de modalités de suivi.

Les professionnels sont informés des risques sélectionnés et de leurs plans d'actions lors des réunions de service tous les 2 mois. Ces points sont également présentés en commission du service.

L'établissement a fait le choix d'élaborer des plans d'actions par processus.

**ORGANISATION INTERNE**

Ce processus est sous la responsabilité d'un directeur soins et hygiène, pilote "SIP", collaborant avec un cadre IDE coordinateur qui intervient à périodicité définie sur l'ensemble des établissements du groupe Sainte-Marguerite. Nommé par la direction, il dispose d'une fiche de poste et a pour mission de faire évoluer le dossier patient informatisé en fonction des besoins et des attentes des utilisateurs, et de faire le lien avec l'éditeur responsable de l'ensemble des dossiers patients du groupe. L'IDE coordinateur SIP anime les groupes de référents "SIP" locaux, et intervient au sein des services toutes les semaines selon un planning de présence défini.

Les besoins en ressources humaines pour ce processus sont identifiés. Des campagnes de formation ont permis de responsabiliser des référents "SIP" dans chaque secteur, pour l'équipe de jour et pour l'équipe de nuit.

Les besoins en équipements et en maintenance sont assurés. Le prestataire dossier patient informatisé est dédié aux cliniques du groupe, ce qui permet un parangonnage régulier.

Une fiche de besoins permet aux utilisateurs d'adresser leurs requêtes à la direction pour tout ce qui concerne le matériel et les locaux.

Les ressources documentaires (procédure de tenue du dossier patient, plan de reprise, procédures en mode dégradé) sont formalisées, validées et connues des professionnels.

Une astreinte administrative est effective 24h sur 24, en particulier pour les questions de réseau et d'accessibilité. Elle peut faire appel à l'astreinte informatique du prestataire informatique 24h/24 et 7j/7.

Certains secteurs, en particulier l'anesthésie, sont confrontés à la coexistence de supports papier et informatique. La direction souhaite que l'objectif zéro papier soit atteint progressivement pour ne pas générer de rejet de la part des praticiens.

**D / METTRE EN OEUVRE**

**MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE**

Le pilote du processus, assisté du médecin-DIM est en charge du déploiement opérationnel du processus dans les unités de soins. Il s'appuie sur l'IDE coordinateur SIP et sur des référents formés qui accompagnent les professionnels en difficulté et forment les nouveaux arrivants.

L'identification des risques repose principalement sur le système de déclaration des événements indésirables. Les pilotes du processus s'appuient sur les sollicitations et insatisfactions des utilisateurs pour faire évoluer le produit, après validation des requêtes par la direction.

L'établissement mène une EPP (tenue du dossier d'anesthésie) et des audits (tenue du dossier en chirurgie et en ambulatoire) sur cette thématique et suit régulièrement les événements indésirables liés au dossier et à son accessibilité par le patient. Les résultats sont présentés en revue de direction, en CME, en CSSI et en réunions de service.

## DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont adaptés à l'activité, et l'ensemble du personnel a bénéficié d'actions de formation à l'utilisation du dossier patient informatisé, ainsi qu'aux améliorations régulières issues des retours utilisateurs. Les nouveaux arrivants sont formés par les référents dossier patient dans les services, et la référente "groupe" intervient autant que de besoin.

Les documents utiles sont élaborés par l'encadrement et régulièrement actualisés. Ils sont aisément accessibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé.

Des ordinateurs sont à disposition dans l'ensemble des secteurs qui le nécessitent.

Les locaux, équipements et outils sont disponibles, adaptés, et régulièrement entretenus en particulier par le prestataire informatique dédié.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les procédures de gestion du dossier patient sont mises en œuvre, les circuits sont établis et respectés. La traçabilité des informations s'effectue en grande partie sur le dossier patient informatisé. La consultation d'anesthésie est tracée tantôt sur le dossier informatisé, tantôt sur un document papier, de même que la surveillance en SSPI. La surveillance per opératoire est tracée sur un document papier, le score de sortie de SSPI est informatisé et la signature de l'anesthésiste autorisant la sortie est manuscrite.

Le "LIP", livret d'information du patient, trace le consentement éclairé du patient et recueille les coordonnées des personnes de confiance et à prévenir. L'établissement a élaboré 5 LIP du patient, pour la prise en charge chirurgicale, pour l'ophtalmologie, pour l'endoscopie, pour l'hospitalisation via les urgences et pour les actes sans anesthésie. Le livret général est disponible également en langue anglaise.

Des interfaces sont opérationnelles entre le dossier et le laboratoire, et entre le dossier et le cabinet de radiologie, tous deux indépendants. Cette information est contenue dans le livret d'accueil du patient.

Un document permet la transmission des informations entre le service d'hospitalisation et le bloc opératoire.

Le compte-rendu opératoire et le compte-rendu d'hospitalisation sont remis au patient à la sortie. Ils sont depuis peu complétés par un document de liaison infirmier.

Le délai d'accès du patient à son dossier est conforme à la réglementation et fait l'objet d'un suivi par le médecin DIM.

L'archivage des dossiers papiers est assuré au DIM et dans un local dédié, tous deux conformes. Les dossiers sont uniques jusqu'en 2013, puis dispatchés par séjour à partir de cette date. Les dossiers transfusionnels sont uniques et regroupés dans une armoire au DIM.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient ne sont pas systématiquement tracés en temps utile dans le dossier du patient. En effet, les informations issues de la consultation initiale du chirurgien ne sont pas systématiquement transmises à l'établissement pour être intégrées dans le dossier du patient, ce qui est susceptible de générer des difficultés telles qu'une incertitude sur le côté à opérer. Cette pratique est variable selon les chirurgiens. Toutefois, l'établissement est conscient de cette difficulté et travaille à l'harmonisation du dossier à l'échelle du groupe. L'établissement est engagé depuis 2015 dans un projet "zéro papier". La cohabitation de 2 supports de traçabilité peut être une source potentielle de perte d'information. Des barrières de sécurité sont mises en place par l'établissement telles que le courrier du médecin, la check-list, la consultation d'anesthésie.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la tenue du dossier patient est organisée via les indicateurs IQSS et les audits ciblés menés par la direction des soins. Ces audits, menés tous les 4 mois sur 10 dossiers par secteur font l'objet d'un suivi par le pilote du processus et sont présentés en revue de direction. Ils sont assurés par les cadres en lien avec les professionnels, ce qui en fait un véritable outil de formation continue.

Un audit de connaissance du système d'information est réalisé une fois par an, et se transforme en audit de formation en cas de résultats non conformes. Une nouvelle évaluation est alors programmée pour le quadrimestre suivant.

Le prestataire adresse une mise à jour mensuelle des actions d'amélioration réalisées à la direction, à la direction des soins et à l'IDE coordinateur « SIP », assorti d'un calendrier pour la formation des agents.

## A / AGIR

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

Le travail auprès des utilisateurs a permis d'identifier des actions d'amélioration du dossier patient, mises en œuvre par le prestataire telles que l'élaboration automatisée d'un compte-rendu d'hospitalisation et d'une lettre de sortie. D'autres actions sont en cours réflexion : création d'interfaces avec le dossier du chirurgien, informatisation de la période per-opératoire, lien à créer avec le dossier de l'hôpital, élaboration d'ordonnances de sortie par anticipation pour la chirurgie ambulatoire. Ces actions sont

présentées en revue de direction et validées par le pilote de processus. Elles sont communiquées au personnel lors des réunions d'encadrement.



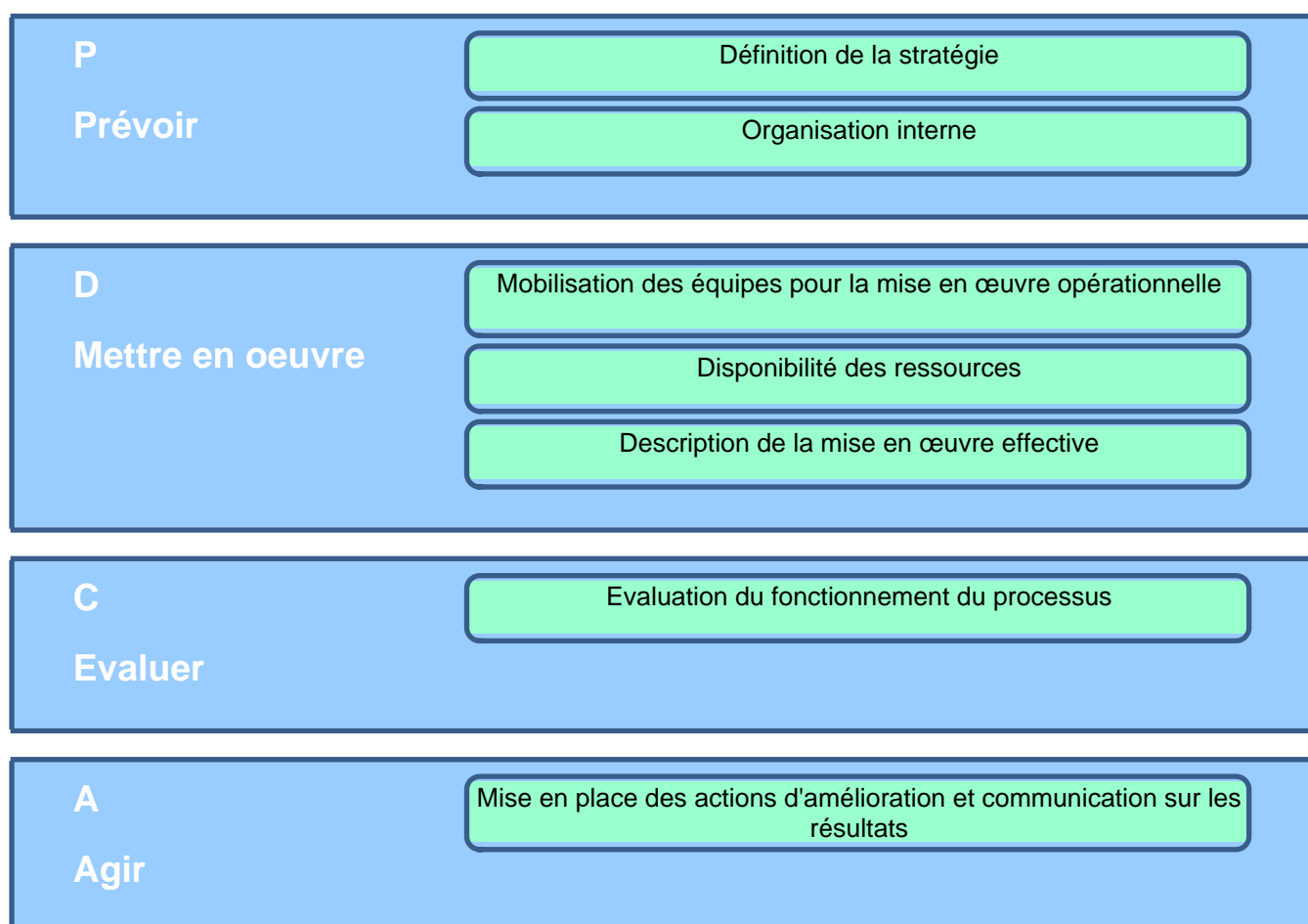
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse du patient et de la personne âgée est un axe du projet d'établissement 2013-2017 actualisé en janvier 2017. Cette politique est définie en lien avec le schéma directeur du système d'information.

Les objectifs sont déclinés au regard des orientations du CPOM et du texte réglementaire du 6 avril 2011 relatif au management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Ils ont été élaborés sur la base des indicateurs issus du contrat de bon usage du médicament, de la cartographie des risques et maîtrise du processus en cours dans l'établissement.

Cette stratégie qui prend en compte toutes les étapes du circuit du médicament et les professionnels concernés est validée par les instances telles que la CME, la COMEDIMS et le COVIGERIS. La direction générale (ESM) est systématiquement informée par le biais de ces commissions et peut ainsi prendre les décisions sur ce processus. Une cartographie des risques et de maîtrise du processus définit les risques prioritaires issus des fiches d'événements indésirables. Ils font l'objet d'un plan d'actions. Ce plan d'actions, qui décrit les ressources et les modalités de suivi, est évalué quadrimestriellement dans le cadre de la revue de direction. L'établissement a fait le choix de réaliser un plan d'actions par processus. Les actions priorisées par l'établissement sur la thématique du management de la prise en charge du médicament sont retrouvées dans le compte qualité.

L'évaluation des risques du processus identifiés dans le compte qualité n'associe pas systématiquement la composante rétrospective dans la priorisation de ces risques. Le bilan 2016 et 2017 des événements indésirables graves fait état de 11 déclarations d'événements indésirables concernant la gestion des stupéfiants. Le risque lié à cette thématique n'est pas identifié ni associé à un niveau de maîtrise avec des modalités de suivi dans le compte qualité. Toutefois, l'établissement est en cours de structuration de toute la gestion des stupéfiants afin d'en maîtriser le risque.

#### ORGANISATION INTERNE

Le processus qualité de la prise en charge médicamenteuse est piloté par le pharmacien gérant en collaboration avec la directrice pharmacienne responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins du groupe (ESM). Ils sont relayés dans les unités de soins par les responsables de soins. Les rôles et responsabilités sont définis dans une fiche de poste.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement a prévu les ressources humaines et les compétences nécessaires. Un système de gestion documentaire informatisé intègre les procédures relatives à l'ensemble du circuit du médicament. Les règles et les supports de prescription sont validés pour l'ensemble des prescripteurs. Des procédures pour l'ensemble du circuit du médicament sont formalisées y compris pour les médicaments à risques, la gestion du traitement personnel et la prise en charge médicamenteuse de la personne âgée.

D'autres logiciels sont à disposition des professionnels concernés pour la gestion des commandes et des stocks à la pharmacie ainsi que pour la prescription médicamenteuse et l'analyse pharmaceutique au moyen du dossier patient informatisé (SIP).

La gestion des circuits et des interfaces entre la PUI, les services cliniques et logistiques et les prestataires est définie pour le médicament, les DMS (dispositifs médicaux stériles), les DMI (dispositifs médicaux implantables) et les fluides.

La permanence pharmaceutique est organisée par la mise à disposition, en dehors des heures ouvrables de la PUI, d'une armoire sécurisée contenant une dotation pour besoins urgents notamment pour les antibiotiques.

Les règles de prescription et d'administration sont formalisées dans une procédure. La liste des médicaments à risques est actualisée et diffusée aux professionnels.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques identifiés et des besoins, le pharmacien gérant organise la déclinaison de la démarche institutionnelle avec la directrice pharmacienne responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et l'appui du cadre de santé référent "médicament" dans chaque unité de soins. La sensibilisation et l'information des professionnels sont réalisées lors des réunions de service périodiques ou ponctuelles selon la problématique à traiter. Ces professionnels s'assurent de la conformité des pratiques par des audits annuels du circuit du médicament pilotés par le pharmacien. La déclaration, l'analyse et le traitement des événements indésirables donnent lieu à des CREX. Les actions correctives sont identifiées avec les professionnels par la directrice pharmacienne

responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et/ou le pharmacien et le cadre. Elles sont communiquées et suivies en revue de direction et en COVIGERIS.

### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs de la PUI sont composés d'un pharmacien dont le remplacement est prévu lors de ses absences, d'une préparatrice en pharmacie à temps plein ainsi que d'un magasinier.

Le plan de formation pluri-annuel prévoit des actions sur la prise en charge et les erreurs médicamenteuses pour l'ensemble des professionnels. Le pharmacien est titulaire de diplômes universitaires de stérilisation et d'éducation thérapeutique.

Le pharmacien gérant, arrivé il y a 4 mois, a mis en place une organisation rationnelle dans les locaux destinés à la PUI et les unités de soins, dans le respect des circuits et des règles de stockage et d'hygiène. Les médicaments à risques et sensibles à la lumière sont identifiés à l'aide de pastille auto-collantes de couleur.

Un dispositif de formation pour les professionnels concernés, plaquettes informatives et module e-learning relatif à la prévention et à la déclaration des erreurs médicamenteuses est structuré et évalué annuellement.

Les procédures relatives à la prise en charge médicamenteuse sont accessibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace personnel sécurisé.

Les outils d'aide à la prescription sont disponibles sur le site internet de l'établissement (dans l'espace personnel sécurisé) ou dans le logiciel dossier patient : alertes réévaluation d'un traitement antibiothérapie, validation pharmaceutique, base Claude Bernard, livret thérapeutique.

Les services cliniques bénéficient de locaux et d'équipements adaptés à la prise en charge médicamenteuse : armoires et chariots conformes et sécurisés, ordinateurs en nombre suffisant pour réaliser la traçabilité de l'administration en temps réel.

Les informations au patient sur le bon usage du médicament, la gestion de son traitement personnel sont intégrées au livret d'accueil, aux livrets d'information relatifs à différentes prises en charge.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse est complète.

L'ensemble des procédures concernant le circuit du médicament est mis en œuvre par les professionnels.

Il existe un support unique de prescription et d'administration dans le logiciel dossier patient SIP.

La continuité du traitement médicamenteux est organisée de l'admission, jusqu'à la sortie, transfert inclus. Le patient est informé sur la gestion de son traitement personnel. Ce traitement est évalué à l'entrée et à la sortie par le médecin référent pour une hospitalisation non programmée et par l'anesthésiste pour du programmé.

L'analyse pharmaceutique est réalisée pour 100% des séjours. Cette information a été confirmée par le pharmacien gérant et par l'analyse des indicateurs du CBUM et d'hôpital numérique.

L'acheminement des médicaments vers les unités de soins répond aux exigences d'hygiène et de sécurité du transport.

La gestion des armoires des services cliniques est réalisée par le pharmacien et sa collaboratrice qui vérifient et tracent les périmés. La pharmacie effectue un contrôle hebdomadaire de toutes les armoires et une organisation en dotation plein vide est en cours de déploiement. Les règles de sécurisation des armoires, chariots et coffres sont respectées par les professionnels des unités de soins.

La délivrance est nominative pour les médicaments à risque, les antibiotiques et la continuité du traitement personnel sinon il s'agit d'une dispensation globale de service.

Les règles de vérification et d'administration sont respectées par les IDE : double contrôle du tiroir (pilulier), déconditionnement des comprimés et préparation des injectables au lit du patient, traçabilité en temps réel sur le SIP. La vérification de l'identité est systématique auprès du patient.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est réalisée par l'intermédiaire d'une plaquette remise dans l'unité de soins et lors de l'administration du médicament.

Les professionnels utilisent la fiche d'événement indésirable accessible à partir du site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé, pour déclarer les erreurs médicamenteuses. Elles sont analysées au sein de CREX.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des audits annuels sont réalisés en collaboration avec l'Omédit dans le cadre de la mise en œuvre du CBUM. En interne, le plan d'audit qualité prévoit un audit quadrimestriel sur le management de la prise en charge médicamenteuse. En 2017, il portait sur la gestion des pharmacies dans les unités de soins. Le suivi de la mise en œuvre est réalisé sur la base d'outils identifiés : la cartographie des risques, le bilan des événements indésirables, le suivi des indicateurs IQSS, des indicateurs qualitatifs, quantitatifs et financiers de consommation des médicaments, DMS, DMI.

Une enquête de satisfaction « client-fournisseur » est effectuée. Les formations e-learning sont évaluées annuellement.

Une EPP sur la prescription médicamenteuse de la personne âgée est active. Des RMM sont réalisées et

des CREX sont en place.

## **A / AGIR**

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

Dans le cadre des revues de direction, le bilan des évaluations permet l'actualisation des risques identifiés et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. En 2017, l'action marquante est la restructuration des armoires à pharmacie des unités de soins, étiquetées et organisées selon des règles de stockages conformes à la réglementation. La communication des résultats est réalisée en interne sur le site internet de l'établissement (dans l'espace professionnel sécurisé), lors des réunions des instances ou des réunions de service.

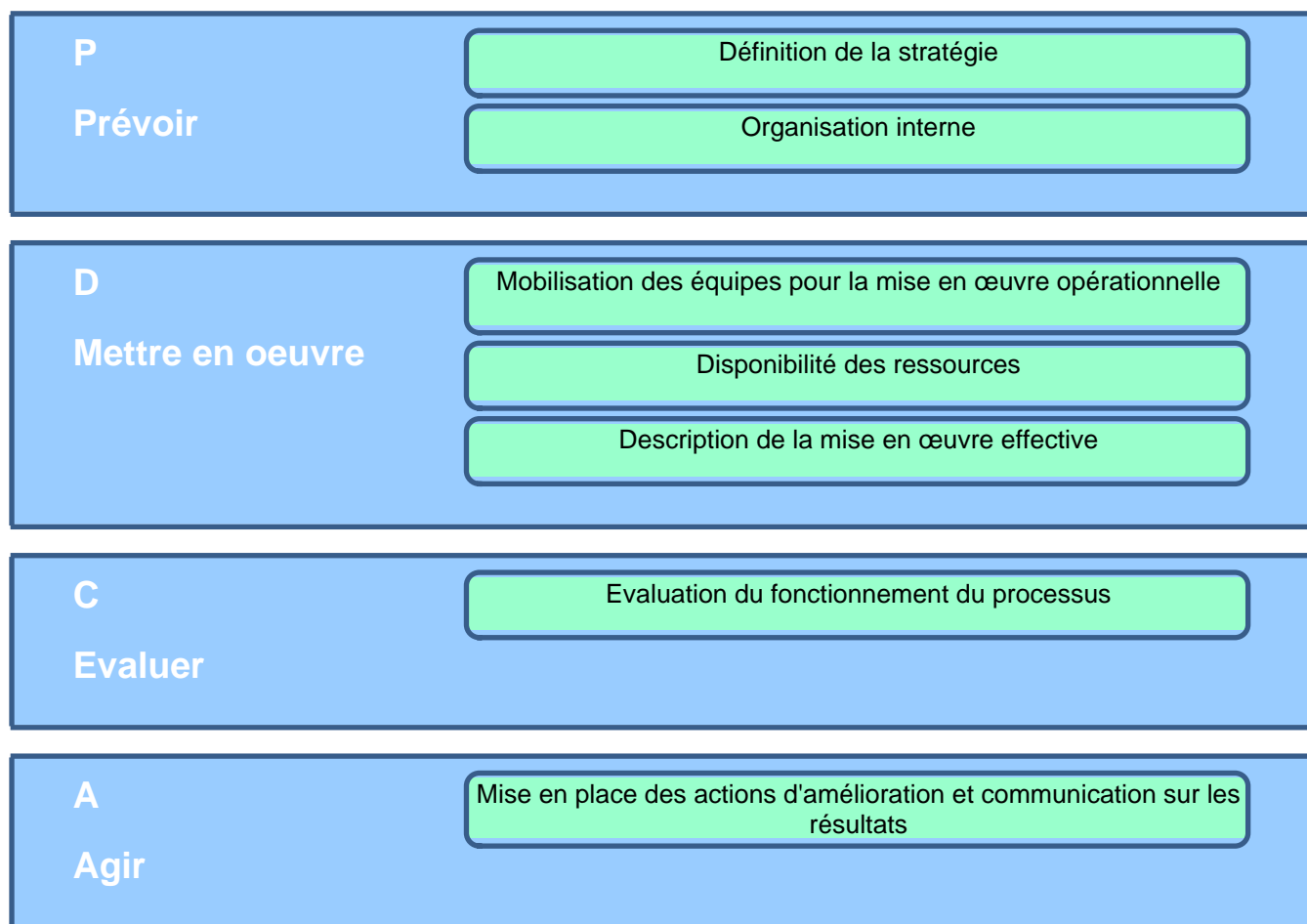
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le bloc opératoire de la clinique du Golfe de Saint Tropez comprend 6 salles, dont l'une dédiée à l'activité obstétricale de l'hôpital, une SSPI de 6 places et une de pré-anesthésie, de nombreux locaux de stockage intermédiaire et l'unité de stérilisation.

La stratégie repose sur les missions propres de l'établissement dont l'activité est majoritairement chirurgicale, en particulier le point 2 des orientations stratégiques du CPOM qui concerne le développement de l'activité de chirurgie ambulatoire, ainsi que sur l'identification des principaux risques en lien avec l'activité.

La cartographie des risques est élaborée à partir d'une analyse des différentes étapes du processus parcours patient au bloc pour les risques a priori, selon une méthode commune à l'ensemble des établissements du groupe, et à partir de l'analyse des événements indésirables pour les risques a posteriori.

Les risques sélectionnés pour le compte qualité sont des risques considérés comme "permanents" par le management de l'établissement, comme la présence des anesthésistes, même si l'organisation en place permet de les affecter d'une faible criticité. Les autres risques sont traités tous les quatre mois en revue de direction et font l'objet de plans d'actions. L'établissement a fait le choix de réaliser un plan d'actions par processus.

Les plans d'actions sont présentés aux différentes instances.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus est la cadre de bloc, assistée du directeur référent blocs opératoires de l'ensemble des établissements du groupe. Elle bénéficie de la fiche de mission générique des pilotes.

Une charte du bloc opératoire, actualisée et validée en mars 2017, précise l'organisation générale du secteur, les modalités de prise en charge de l'activité obstétrico-chirurgicale ainsi que celle des urgences. En effet, le pôle de santé que constitue la clinique avec l'hôpital assure une concession de service public, et les urgences accueillies à l'hôpital sont transférées à la clinique, directement au bloc opératoire en cas d'urgences vitales, ou en secteur d'hospitalisation.

On ne retrouve pas d'éléments spécifiques à la prise en charge ambulatoire, dont l'organisation est la même que pour l'hospitalisation traditionnelle.

Les locaux pour l'hospitalisation en chirurgie ambulatoire sont dédiés, mais l'activité chirurgicale est intégrée à l'activité générale du bloc.

La charte précise les règles de tenue, de présence, d'arbitrage en cas de conflit, l'organisation de la radioprotection et les modalités d'élaboration du programme opératoire.

La cadre du bloc est responsable du programme opératoire qu'elle finalise 48 heures à l'avance, et valide avec un des anesthésistes présents sur place.

Un conseil de bloc est en place et se réunit 3 fois par an.

Les différents circuits (patients, linge, matériel), sont organisés de manière à éviter les croisements.

Les besoins en ressources humaines, locaux et équipements sont assurés, et les ressources documentaires nécessaires sont disponibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé. Les responsabilités et missions des professionnels font l'objet de fiches de postes.

La maintenance est assurée par un prestataire biomédical pour l'ensemble des établissements du groupe.

L'installation progressive du dossier patient informatisé induit la coexistence de documents papiers, dont l'utilisation est laissée au choix des usagers comme pour la consultation d'anesthésie, durant les phases d'apprentissage et d'accompagnement des professionnels de santé.

Les interfaces avec les autres secteurs (hospitalisation/bloc, bloc/SSPI) sont définies dans la charte de bloc et sont assurées par des fiches de liaison adaptées.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs du secteur sont issus de l'analyse des risques propres au bloc opératoire, identifiés par la cadre à partir des fiches d'événements indésirables ou des résultats d'audits, et validés en réunion de service tous les 2 mois.

Le personnel est régulièrement sensibilisé à la déclaration des événements indésirables et à leur importance dans le management de la qualité et de la sécurité de chaque secteur.

La cadre du secteur mène de nombreux audits internes, et associe les professionnels à leur réalisation. Un espace de formation en ligne permet l'actualisation et l'évaluation des connaissances en particulier pour des thèmes généraux tels que les AES (accidents d'exposition au sang), la douleur ou l'hygiène des

mains.  
Les événements indésirables donnent lieu à la réalisation de CREX, et une RMM a été menée dans le secteur. Les chirurgiens accrédités partagent leurs EPR (événements porteurs de risque).  
Une baisse d'indicateur dans un audit donne lieu à des actions correctives choisies en lien avec les professionnels.  
Les résultats sont disponibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences nécessaires à l'activité sont identifiés et disponibles.  
Les listes de gardes et d'astreintes sont élaborées par mois ou par semaines en fonction des métiers, et affichées.  
La permanence des soins est garantie, et l'équipe d'IADE de l'hôpital y participe la nuit et le week-end.  
La surveillance environnementale est assurée et tracée.  
Les professionnels bénéficient de formations régulières à partir des besoins identifiés par l'encadrement lors des entretiens d'appréciation, et par le dispositif de formation en ligne (hygiène, AES, radioprotection...)  
L'intégration des nouveaux arrivants est organisée et les périodes de tutorat sont modulables en fonction des connaissances techniques requises pour chaque spécialité.  
Les locaux sont conformes aux besoins de l'activité et régulièrement entretenus. Les équipements bénéficient d'une maintenance préventive et curative, grâce à l'équipe biomédicale du groupe.  
Les DMI font l'objet d'une organisation et d'un suivi, et un système plein-vidé est en place pour les médicaments au bloc et en SSPI.  
Le chariot d'urgence est régulièrement vérifié. La procédure d'AES et le kit de première urgence sont en place.  
La traçabilité des ouvertures de salles et de surveillance du matériel est assurée sur le cahier du bloc et en SSPI.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge du patient au bloc opératoire s'appuie sur l'organisation telle que précisée dans la charte de bloc et les différentes procédures. La marche en avant est respectée, l'identitovigilance (bracelet, initiation de la check-list) et le respect de l'intimité sont pris en compte (paravents flexibles en SSPI).  
Toutes les salles sont équipées d'un flux laminaire. Le risque infectieux est maîtrisé (protocoles de désinfection des salles, des brancards, de lavage des mains, surveillance environnementale) et les différents circuits organisés : personnel, matériel, médicaments, prélèvements anatomo-pathologiques...  
Les professionnels disposent de dosimètres individuels régulièrement vérifiés, ainsi que de tabliers de plomb.  
Dans le cadre du pôle de santé, l'établissement a accès à un dépôt de sang permettant de parer à l'urgence.  
Les activités sont tracées sur le logiciel dédié au bloc opératoire et les interfaces avec les autres secteurs sont opérationnelles, que ce soit entre les unités d'hospitalisation et le bloc ou entre le bloc et la SSPI.  
L'hospitalisation en unité ambulatoire est organisée, avec un livret d'information du patient dédié (LIP) commun à toutes les cliniques du groupe et un secteur identifié. Un appel la veille et le lendemain est tracé. Le taux de conversion est suivi et peu important.  
L'intégration des urgences est organisée, y compris celles arrivant directement du service d'accueil des urgences de l'hôpital. Elles restent dans ce cas sous la responsabilité de l'hôpital, ainsi que le stipule la convention entre les 2 établissements.  
Le livret d'information du patient trace l'identification du risque ATNC, le consentement éclairé et l'autorisation d'opérer pour les mineurs.  
La check-list respecte les règles de bonne pratiques et les 3 temps de concertation pluridisciplinaire, ce que montrent les évaluations régulières du parcours patient au bloc opératoire que mène la cadre à périodicité définie.  
La sortie des patients de SSPI fait l'objet d'une signature non anticipée, et dépend d'une évaluation de la douleur post-opératoire.  
La sortie de l'unité de chirurgie ambulatoire est validée par l'anesthésiste et/ou le chirurgien, après évaluation du score de sortie.  
Le conseil de bloc se réunit 3 fois par an, les comptes-rendus de réunion sont validés et diffusés aux différentes instances.  
Les fiches d'événements indésirables issues de l'activité du bloc opératoire sont analysées par la cadre et donnent lieu à des actions d'amélioration, des CREX et quelque fois des RMM.

#### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement suit les indicateurs réglementaires (IQSS avec notamment la tenue du dossier d'anesthésie) ou les indicateurs hôpital numérique.

De nombreux audits et évaluations sont menés au sein du bloc opératoire tous les quadrimestres, et couvrent l'ensemble du processus : respect des droits, identitovigilance, gestes d'urgence, bionettoyage, brancardage, préparation cutanéomuqueuse, AES, radioprotection, respect de la check-list.  
La cadre du bloc et le président de CME, anesthésiste, réalisent 3 patients traceurs par an au bloc.  
Un questionnaire de satisfaction dédié à l'ambulatoire est également distribué.  
Des indicateurs d'activité sont depuis peu fournis par le logiciel dédié au programme opératoire (TROS, etc).  
Les résultats sont présentés sous forme de suivi d'indicateurs. Un résultat d'indicateur non conforme enclenche des actions d'amélioration et la réalisation de nouveaux audits.  
Les événements indésirables font l'objet d'actions d'amélioration et sont présentés en COVIGERIS.  
Les résultats sont transmis au personnel, aux instances et sont discutés en revue de direction où elles font l'objet de comparaisons avec les résultats des autres établissements du groupe.

## A / AGIR

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

Les différents audits et évaluation mis en place au bloc opératoire permettent d'apprécier la qualité et la sécurité du processus de prise en charge. Ils donnent lieu à un dispositif structuré propre au secteur, sous la forme d'indicateurs et de tableaux de bord. Ces évaluations sont pluri-annuelles et pilotées par la cadre du bloc opératoire. C'est elle qui s'assure de la maîtrise des risques identifiés par le suivi des indicateurs.  
Les résultats sont communiqués au personnel et aux instances, sous la forme d'affichages et sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé.  
Les usagers sont destinataires des résultats d'IQSS via un affichage dans le hall et sur le site internet de l'établissement.



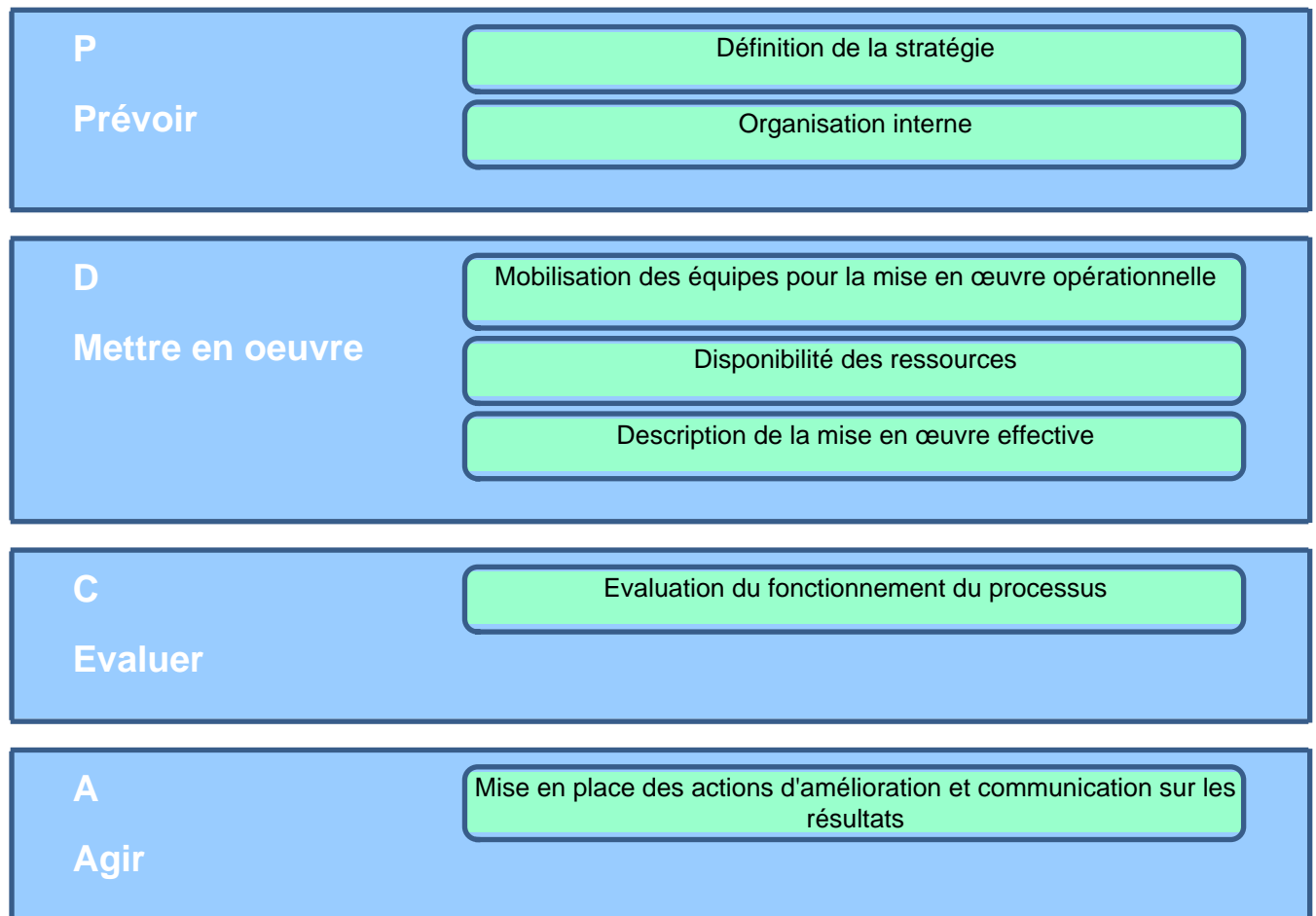
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie du secteur d'endoscopie est alignée sur celle du bloc opératoire. L'endoscopie est réalisée au sein du bloc, dans une salle dédiée et contiguë à la salle de désinfection des endoscopes. L'établissement assure des endoscopies digestives (fibroscopies et coloscopies) ainsi que des endoscopies urologiques, sur un seul site et dans une seule salle.

La cartographie des risques a été élaborée en tenant compte de la V2010 pour laquelle le secteur avait une réserve majeure, transformée en recommandation.

Comme pour l'ensemble des processus, elle intègre les risques a priori issus de l'analyse des différentes étapes du parcours. Elle intègre également des données issues des fiches d'événements indésirables et des audits internes. Le compte qualité identifie les 2 risques choisis par l'encadrement et validés en revue de direction : le risque lié à l'activité d'anesthésie, et le risque lié au non respect des bonnes pratiques de désinfection. Ces risques s'accompagnent de plans d'actions, spécifiques au secteur et, comme dans l'ensemble de l'établissement non intégrés à un plan d'actions général priorisé et hiérarchisé.

#### ORGANISATION INTERNE

Le pilote du processus endoscopie est la cadre du bloc opératoire, en charge du déploiement du programme d'amélioration. Ses missions sont formalisées dans une fiche générique "pilote de processus".

La charte du bloc opératoire s'applique au secteur d'endoscopie.

Les ressources en personnel, locaux, matériels et équipements sont conformes à la législation. Suite à la réserve prononcée sur l'endoscopie en V2010, l'établissement a réalisé des travaux permettant d'agrandir le local de désinfection et de créer un circuit permettant l'accueil des patients dans de meilleures conditions.

Les ressources documentaires dédiées à l'endoscopie sont disponibles le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé. Le système d'information est superposable à celui du bloc opératoire avec un dossier partiellement informatisé.

Le conseil de bloc est actif et se réunit 3 fois par an.

Les interfaces avec les autres secteurs sont définies dans la charte de bloc et sont assurées par des fiches de liaison adaptées.

### D / METTRE EN OEUVRE

#### MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

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

Les professionnels du secteur sont sensibilisés aux risques et aux actions d'amélioration par l'encadrement et par les réunions organisées tous les 2 mois pour l'ensemble du personnel du bloc opératoire.

Le plan de formation répond aux besoins du secteur.

Quelques CREX et RMM sont menées avec les professionnels du secteur afin d'en déterminer des actions correctives en cas de besoin..

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement dispose de 4 fibroscopes et 4 coloscopes. Les effectifs et compétences sont en adéquation avec l'activité, tant pour l'anesthésie que pour le personnel paramédical. Une équipe est dédiée au nettoyage des endoscopes avec un renfort pour les vacances.

Les documents nécessaires à l'activité (procédure de pré-traitement, de désinfection, de mise à disposition) sont disponibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé, et connus des professionnels.

Les professionnels bénéficient de formations régulières en particulier pour les techniques de désinfection, et un dispositif d'accueil est en place pour les nouveaux arrivants. Les documents du secteur d'endoscopie sont accessibles sur le site internet de l'établissement dans l'espace professionnel sécurisé, et sont actualisés.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'accueil du patient à l'arrivée dans le secteur d'endoscopie est organisé avec une infirmière d'accueil dédiée, et le parcours respecte le principe de la marche en avant.

Le programme opératoire est construit avec les demandes de l'ensemble des praticiens transmises par fax ou par mail. Il est finalisé par la cadre 48h à l'avance et diffusé dans les services. Il est informatisé via un logiciel métier.

Le dossier informatisé du patient ainsi que son complément papier permettent d'assurer la continuité des informations. L'organisation en SSPI et celle de la sortie sont identiques à celles du bloc opératoire. La check-list endoscopie est en place, et sa tenue répond aux règles de bonnes pratiques ainsi que le montrent les évaluations menées par la cadre du secteur.  
Le traitement et le stockage sont conformes aux règles de bonnes pratiques.  
Le suivi des endoscopes est tracé.

## **C / EVALUER**

### **EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS**

De nombreuses actions d'évaluation sont menées par la cadre et l'équipe du bloc opératoire : suivi des indicateurs IQSS, audits, patients traceurs, suivi d'indicateurs d'activité, audits de satisfaction.  
Des indicateurs permettent de s'assurer de la maîtrise des risques identifiés : identitovigilance, gestes d'urgence, traçabilité du cahier de bloc, de la sortie, bionettoyage, AES...  
L'ensemble de ces évaluations fait l'objet d'une présentation en revue de direction tous les 4 mois.

## **A / AGIR**

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

Les évaluations permettent l'identification et la mise en œuvre d'actions d'amélioration. Ainsi, la réalisation d'un audit sur les délais d'attente en endoscopie a mis en évidence une trop longue attente liée à une mauvaise évaluation du temps opératoire. Le délai entre 2 endoscopies a été allongé afin de limiter cette attente. Ces actions font l'objet d'une validation avec les équipes du secteur, et de communications en revue de direction.  
Cependant, ces actions ne sont pas référencées dans le compte qualité mais dans le plan d'action du processus.