



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION**  
**Hôpital Privé Toulon Hyères –**  
**Saint Roch**

99, Avenue Saint Roch  
83000 Toulon

Avril 2016

# 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	18
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	25
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	31
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	35

# 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

HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT ROCH	
Adresse	99, avenue saint roch 83000 Toulon
Département / région	VAR / PACA
Statut	
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	830000238	HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT ROCH	99, avenue saint roch 83000 Toulon
Etablissement de santé	830100475	HÔPITAL PRIVÉ TOULON HYÈRES - SAINT ROCH	99, avenue saint roch 83000 Toulon

Activités			
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	62	25
MCO	Médecine	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Coopération Sanitaire « Scanner – IRM » avec l'Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Jean Coopération Sanitaire « Traitement du Cancer » concernant le transfert des patients devant bénéficier d'un traitement relevant d'une autorisation de traitement du cancer avec l'Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Jean Coopération sanitaire concernant le dispositif d'orientation et de traitement des patients de l'Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Roch relevant des Urgences et la Réanimation avec le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon – La Seyne-sur-Mer
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.

## **2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire**

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

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

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

## **4. Suivi de la décision**

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

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

# PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

## 1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
Gestion du risque infectieux
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en 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	ambulatoire/endoscopie	Polypes coliques	Programmée	simple	MCO
2	Personne âgée	Hospitalisation complète/orthopédie	arthrose du genou	Programmée	simple	MCO

## **PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE**

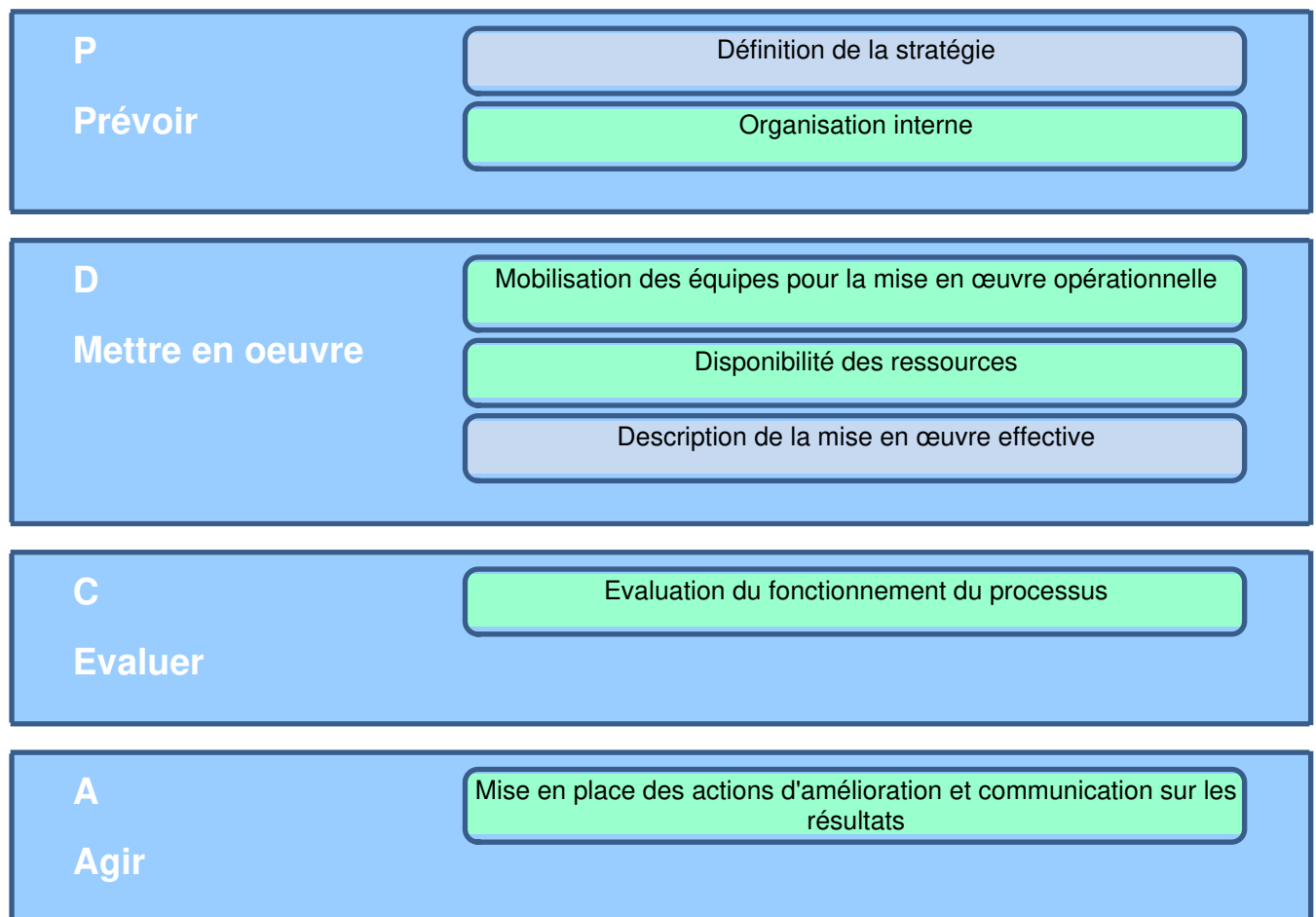
# MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

L'établissement a défini une stratégie et des objectifs relatif au management de la qualité et des risques, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Une cartographie des risques est définie pour chacun des processus correspondants aux secteurs d'activité (processus, bloc opératoire, bloc ambulatoire, chirurgie, stérilisation, endoscopie, technique-maintenance-entretien-métrie, restauration, administratif facturation comptabilité, ressources humaines, DIM, pharmacie). La criticité des risques a été établie selon la matrice proposée par la HAS. La politique d'amélioration de la qualité /gestion des risques et de la sécurité des soins intègre notamment la stratégie d'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que celle de la gestion de crise.

Cette stratégie est définie dans le cadre du Projet d'Etablissement 2015-2020. La mise en convergence du PAQS avec le Compte Qualité a été recherchée et est effective. Un programme formalisé et priorisé de 10 actions, issu de l'identification des risques est intégré dans le compte qualité.

**ORGANISATION INTERNE**

L'établissement a défini une organisation pour piloter le management de la qualité et des risques. Un Comité de Pilotage (COFIL) qui réunit la direction et les responsables des secteurs d'activité est chargé du pilotage de la certification. La revue de direction qui se réunit tous les 4 mois constitue l'outil de management commun à la direction et aux responsables des secteurs d'activité pour aborder l'ensemble des problématiques incluant le management qualité et la gestion des risques. L'établissement a choisi la méthode d'auto-diagnostic en référence au manuel V2010. Trois groupes d'auto-diagnostic ont été constitués : un groupe chargé du management stratégique et des EPP piloté par le directeur général (médecin directeur), un groupe chargé de la prise en charge du patient piloté par la responsable qualité (directeur), un groupe en charge de la qualité et la sécurité par le directeur chargé des risques et vigilances (pharmacien). Chacun de ces groupes a été réuni 3 à 4 fois Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés en référence à leurs attributions professionnelles. L'établissement faisant partie du groupe Sainte Marguerite, son encadrement supérieur assure ses fonctions sur plusieurs structures, y compris en matière de management qualité et de gestion des risques. L'équipe en charge de la MQGR intervenant sur les différents établissements est composée de 13 personnes.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Un plan de formation est formalisé. Un dispositif de gestion documentaire sur plate-forme internet est réservé à l'ensemble des personnels et des praticiens. Il leur permet de disposer de l'ensemble de la documentation (procédures, protocoles, etc.). L'informatisation du système d'information est inscrite dans l'objectif affiché de "zéro papier" à échéance de fin 2016. Les dossiers papier concernent notamment les documents nécessitant la signature du patient, tels que le livret d'information patient dédié à la chirurgie, la chirurgie ambulatoire et l'endoscopie. La gestion des interfaces est organisée entre professionnels dans les secteurs d'activité et régulée en revue de direction.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Cette démarche est régulée au niveau du Comité de Pilotage ainsi que de la Revue de Direction.

Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. Dans leurs fonctions transversales, l'équipe en charge de la qualité intervient également à ce niveau. Les travaux d'identification des risques dans les groupes correspondants ont été suivis d'une présentation à l'ensemble des personnels et des praticiens pour leur adoption finale, ceci comprenant la définition des priorités et les plans d'action. Des actions périodiques ainsi que des audits sont réalisés. Des EPP, CREX et RMM sont en place, suivis notamment sur la base des indicateurs qualité (IPAQS) et de la déclaration des événements indésirables. Les actions correctives sont identifiées et évaluées, soit dans les séquences quadrimestrielles de la revue de direction, soit dans le cadre des rencontres programmées d'EPP, RMM/CREX. Des comptes rendus sont tracés au niveau de chacun de ces différents dispositifs.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Un plan de formation est défini, complété d'une formule de formation en e-learning accessible aux agents sur le site

internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé. Les nouveaux agents bénéficient de modalités d'intégration (tuilage, prise de fonctions doublée et formation). Le site internet du groupe communique en direction du personnel avec le support d'informations "web infos". Un livret d'accueil du stagiaire est disponible sur le portail internet ainsi qu'un livret d'accueil du salarié.

Les outils informatiques sont disponibles et adaptés. Leur maintenance et les modalités d'intervention sont définies avec un prestataire extérieur qui assure le développement des solutions en place.

#### **DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE**

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement des interfaces. Les interfaces sont opérationnelles et maîtrisées dès la consultation, au niveau de l'admission, de l'arrivée dans le service, de la préparation, du brancardage, du bloc, et du retour dans le service. La traçabilité des actions et des activités est assurée. La coordination des différentes composantes du système qualité et gestion des risques est instaurée. La mobilisation de l'établissement dans l'élaboration du compte qualité est assurée, associant la représentation des usagers notamment dans le cadre de la CRU. Le COVIGERIS assure la coordination des vigilances. L'exploitation des plaintes et réclamations impliquant les professionnels et représentants des usagers est assuré. Une organisation permettant le déploiement et la mise en œuvre des démarches de CREX, RMM et EPP avec l'engagement effectif des professionnels est en place et fonctionne. Un dispositif de gestion des événements indésirables est structuré avec une organisation centralisée autour d'une cellule d'orientation qui réceptionne et oriente les EI vers les secteurs concernés.

### **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité, etc.). Un programme d'audits est défini et mis en œuvre. Un dispositif d'analyse des événements indésirables est en place ; il est coordonné par une cellule d'orientation mise en place au niveau du groupe Sainte Marguerite. Les risques identifiés font l'objet d'un suivi sur la base d'indicateurs et de tableaux de bord. Un programme d'EPP est défini, comportant des modalités de suivi, avec indicateurs, fréquence de réunions quadrimestrielles, évaluation et mesures correctives. Le suivi des EPP est coordonné par une attachée de direction pour l'ensemble des établissements du groupe. Les indicateurs IPAQS et HN sont conformes aux seuils attendus.

### **A / AGIR**

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre au niveau de l'Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Roch sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel.

Des supports et modalités de diffusion sont établis. Parmi ceux-ci, le portail internet de l'établissement comportant l'espace professionnel sécurisé, le journal "web infos", les revues de direction, participent de la communication des résultats et des actions. Les instances sont associées à cette diffusion ainsi que la CRU associant la représentation des usagers.

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



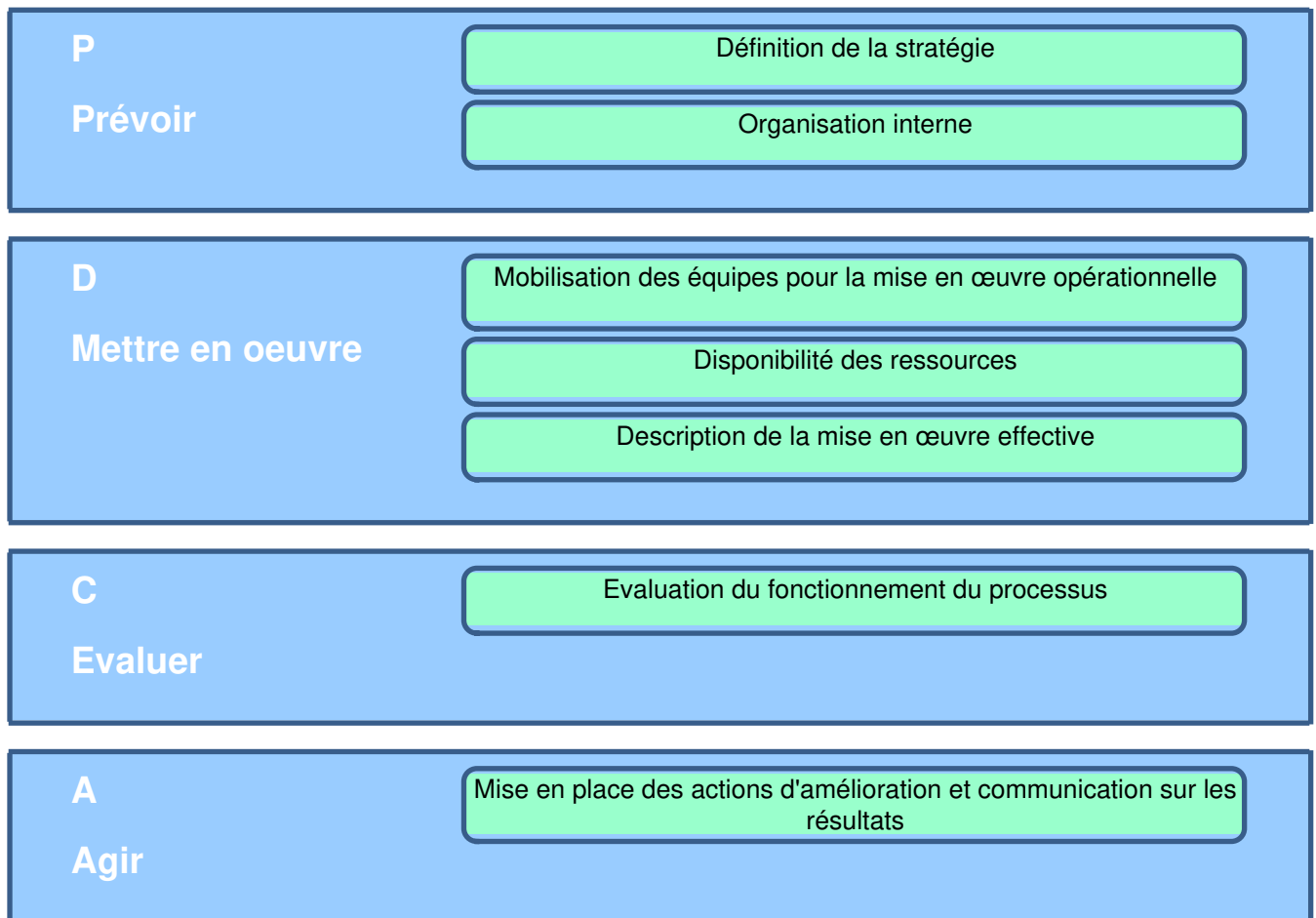
# GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un Comité des vigilance et des risques, dirigé par un Directeur du groupe Sainte Marguerite est en charge de la gestion du risque infectieux.

Ce Comité a fixé des objectifs, élaborés, sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Cette stratégie comprend : l'hygiène des locaux, la formation des professionnels à l'hygiène, le bon usage des antibiotiques ainsi que la surveillance des infections nosocomiales et la réévaluation du traitement antibiotique à la 48-72ème heure.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation s'appuyant sur une équipe opérationnelle d'hygiène (EOH) et sur un Comité de Lutte contre les infections Nosocomiales pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

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

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par l'intermédiaire de la Directrice Hygiène et soins, de l'EOH et de référents en hygiène formés. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leurs secteurs. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources mobilisées sur la gestion du risque infectieux comprennent des personnels du groupe Sainte Marguerite et de l'Hôpital Privé Toulon Hyères Saint Roch.

Des formations sont organisées présentielles et à travers des actions e-learning permettant une évaluation des compétences.

Un système de documentation "hygiène" est accessible à travers le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services mettent en œuvre les protocoles et procédures permettant la prise en charge du patient comprenant : l'hygiène des locaux et le bon usage des antibiotiques. La surveillance des infections nosocomiales se fait à travers une participation de tous les secteurs au dénombrement des infections nosocomiales dans le réseau CCLIN Sud Est.

Le dossier informatique permet la réévaluation du traitement antibiotique à la 48-72ème heure (avertissement sur la prescription informatisée le 3ème jour).

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (audit, indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée.

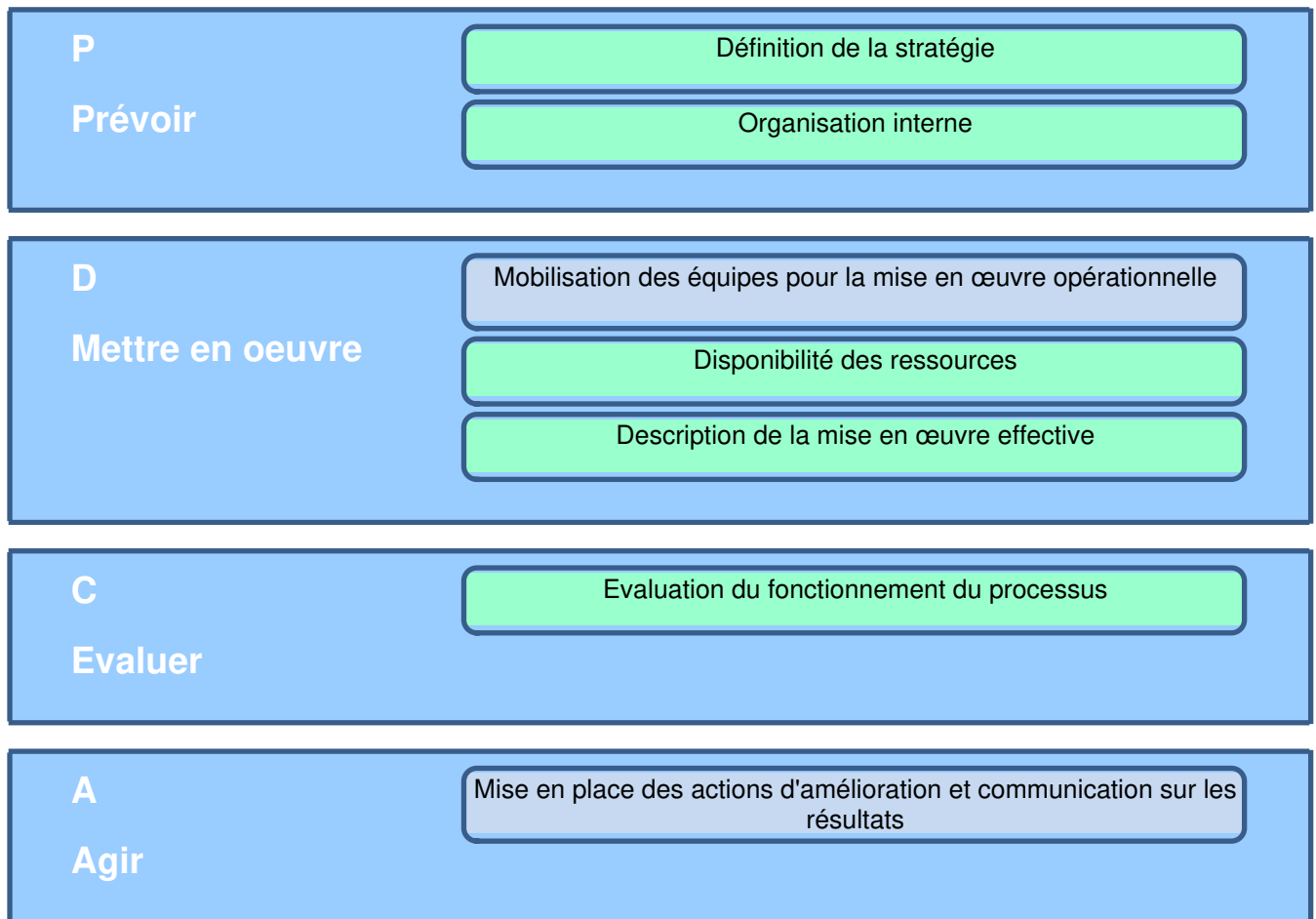
# DROITS DES PATIENTS

## 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

Il existe une stratégie et des objectifs visant le maintien du respect des droits des patients dans l'établissement. Ils ont été élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Les risques identifiés et hiérarchisés comme étant prioritaires ont été repris dans le compte qualité. Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus avec le groupe "Management stratégique/EPP" qui a traité la problématique des droits du patient. Les rôles et responsabilités du pilotage du groupe sont identifiés notamment sur la base des attributions définies des professionnels sur l'organigramme de l'établissement. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Le plan de formation qui intègre les droits du patient et la bientraitance est défini ; sur les 4 derniers exercices, il comporte des actions spécifiques visant la prévention de la maltraitance, avec notamment un ciblage sur la bientraitance et les droits du patient. Un logigramme et une procédure portant sur la maltraitance sont formalisés. Ils comportent les modalités de signalement des situations de maltraitance. Ces modalités sont intégrées dans le système documentaire. Une charte portant sur la confidentialité et l'intimité est en place. Un livret d'accueil du patient ainsi qu'un livret d'information du patient lui sont remis. Le second, signé par le patient, l'informe sur le processus d'hospitalisation, l'intervention chirurgicale (en hospitalisation, ambulatoire ou endoscopie) et signé par lui. Une procédure portant sur l'information du patient en cas d'événement indésirable grave le concernant est formalisée et disponible sur le système documentaire, ainsi que la procédure définie par la HAS portant sur l'information du patient en cas de dommage lié aux soins.

### D / METTRE EN ŒUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ainsi que sur leurs résultats. Des EPP sont mises en œuvre (prise en charge de la douleur, suivi et prévention des chutes, prescription médicamenteuse chez le sujet âgé) ainsi qu'un plan d'action centré sur la bientraitance. Le management ou le responsable s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des formations sont mises en œuvre pour intégrer les nouveaux arrivants, ainsi que des prises de poste doublées. Un livret d'accueil des personnels est disponible, ainsi qu'un livret d'accueil des stagiaires. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des formations portant sur la bientraitance et les droits du patient sont mise en œuvre. Elles sont complétées par la tenue de revues de direction qui associent les responsables des secteurs d'activité au suivi des plans d'action. La CRU est instaurée et fonctionne. Une cellule de gestion des réclamations et plaintes centralise les requêtes des patients. Le respect des libertés individuelles est pris en compte. Une commission éthique est mise en place.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement interface. L'accueil du patient est assuré sur la base de l'information qui lui est délivrée avec le LIP. Le livret d'accueil du patient comporte notamment les informations sur les dispositifs institutionnels (CLIN, CLUD, COVIGERIS, Cellule de Vigilance, Matérovigilance, Hémovigilance et sécurité transfusionnelle, pharmacovigilance, biovigilance, réactovigilance, infectiovigilance, identitovigilance, Csth, COMEDIMS, CLAN, Certification HAS), le consentement éclairé, l'accès au dossier médical, la CRU, la personne de

confiance, les directives anticipées. Le recueil du consentement éclairé du patient est formalisé. L'accueil personnalisé comprenant celui de l'entourage est assuré ainsi que le soutien dans les situations qui le nécessitent. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et maîtrisées. La traçabilité des actions et activités est assurée.

## **C / EVALUER**

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

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés ; des indicateurs sont définis. Une mesure de la satisfaction est réalisée avec l'analyse du questionnaire de sortie qui bénéficie d'un taux de retour élevé.

## **A / AGIR**

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les résultats des indicateurs sont portés à la connaissance des usagers par voie d'affichage et sur le site internet.

# PARCOURS DU PATIENT

## 1. Caractérisation générale

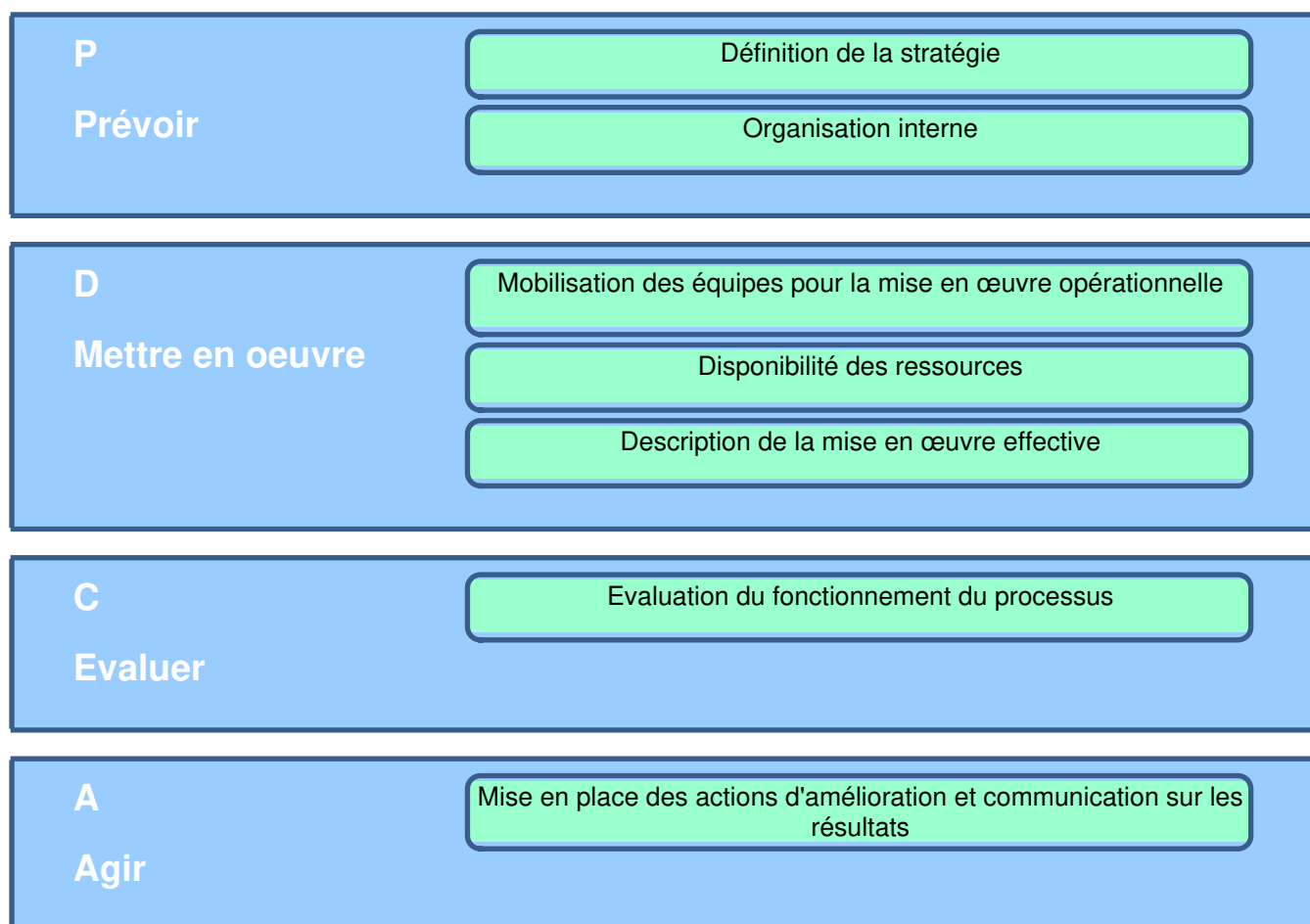
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de l'hôpital Privé Toulon Hyères Saint Roch s'inscrit dans une planification territoriale de l'offre de santé. Les objectifs fixés sont le regroupement sur ce site de la chirurgie orthopédique et traumatologique en hospitalisation complète et ambulatoire.

L'analyse de risque à partir d'une cartographie des risques et du recueil des événements indésirables, en particuliers récurrents a été validé par les instances. Le compte qualité s'est substitué au programme d'action.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus comportant un groupe institutionnel et un groupe opérationnel. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés. Leur mission est incluse dans leur attributions générales.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité lors des revues de direction qui ont lieu 3 fois par an.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. Ces objectifs sont déclinés et évalués lors de réunions de direction 3 fois par an dans chaque service. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement a mis en place un programme de formation et des compétences pour accompagner le personnel dans l'utilisation d'un dossier informatique qu'il développe. Un matériel informatique ergonomique est en place dans les services. Les procédures sont accessibles de tous les postes par des documents informatisés sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Bien que l'activité de l'établissement soit essentiellement programmée et qu'il ne soit pas habilité à recevoir des urgences, il existe une procédure d'accueil des patients en dehors des heures ouvrables et les jours fériés et comprenant les modalités de transfert dans un autre établissement.

Le dossier informatisé du patient permet une évaluation initiale de son état de santé et de des ces besoins. Un projet de soin personnalisé est tracé sur le dossier. Les activités de soins de suite et de réadaptation sont également tracés dans le dossier informatisé.

Les règles de présence sont établis à partir d'un tableau d'astreinte hebdomadaire regroupant les différents personnels d'astreinte.

Le dispositif de prise en charge des urgences vitales comprend : des numéros d'appel affichés dans les salles de soins, un chariot d'urgence sécurisé et une formation des personnels.

L'établissement a mis en place une procédure de prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique et une prise en charge du risque suicidaire. Les troubles nutritionnels sont dépistés à l'entrée (l'absence de renseignement du poids et de la taille bloque le dossier informatisé) puis pris en charge. La sortie du patient est organisée.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Lors de revues de direction 3 fois par an dans chaque service, l'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (audits, indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.).



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

Lors de revues de direction 3 fois par an dans chaque service, les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée.

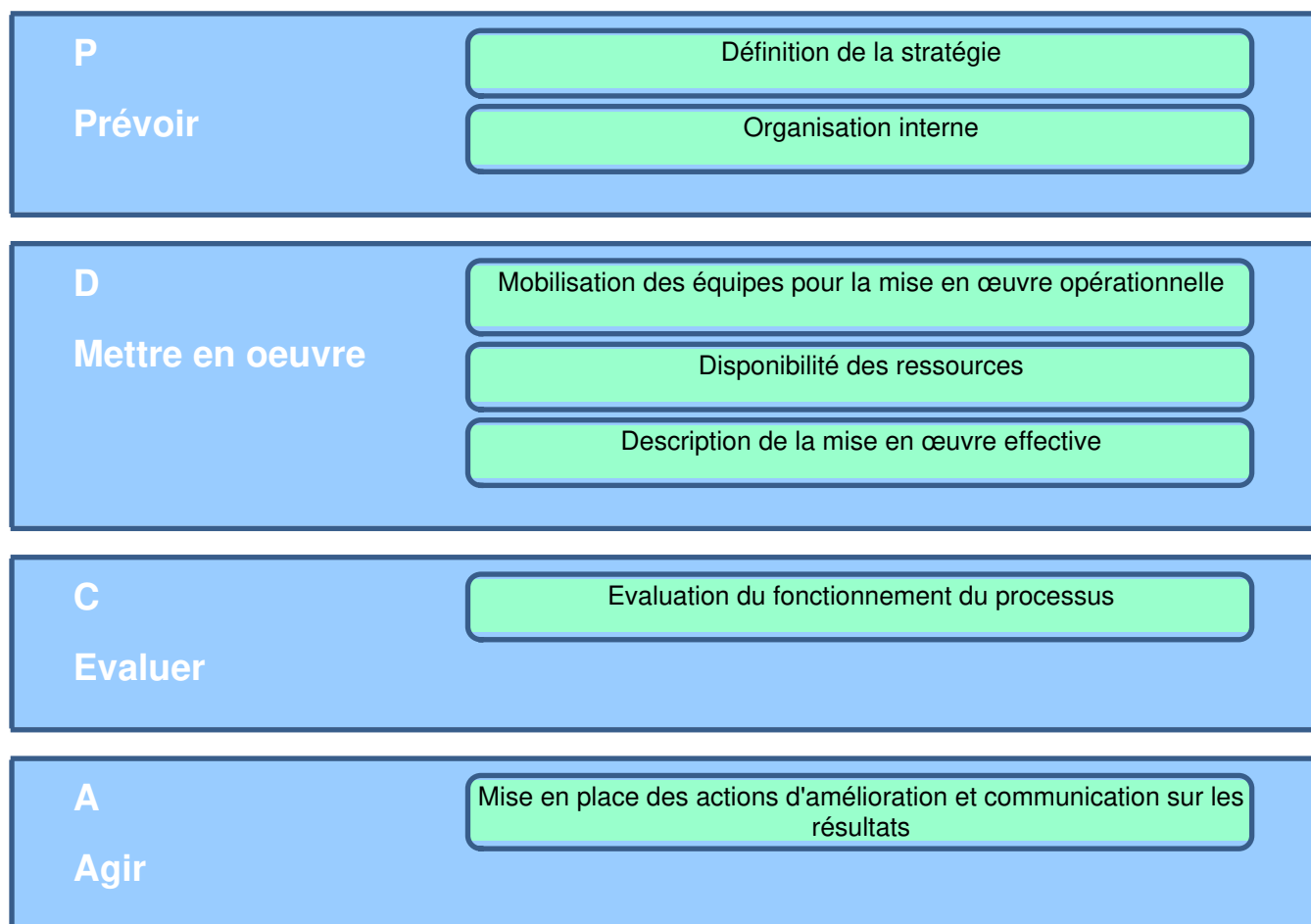
# DOSSIER PATIENT

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique



## b. Synthèse générale

### P / PRÉVOIR

#### DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une politique du dossier patient est définie et intégrée dans le projet d'établissement 2015-2020. Il existe ainsi une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Les objectifs principaux portent sur l'identitovigilance, la traçabilité, la coordination de la prise en charge et le suivi informatisé du patient.

Cette stratégie, validée par les instances, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé. Le risque principal identifié dans le compte qualité concerne le risque de dysfonctionnement du dossier patient informatisé.

#### ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter la gestion du dossier patient. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés en lien avec les attributions et fonctions des professionnels concernés.

Au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. S'agissant du risque principal identifié sur le compte qualité et portant sur le risque de dysfonctionnement du dossier informatisé, il fait l'objet d'une mesure spécifique de maintenance en continu avec le prestataire.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Compte tenu de ses risques et besoins, le management de chaque service organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus ainsi que sur leurs résultats. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, tenant compte des résultats des audits sur le DPA et de l'action spécifique d'évaluation des pratiques professionnelles appliquée à la thématique du dossier patient.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation), matériel (dont locaux et équipements) et documentation (accessible et actualisée) sont disponibles dans les secteurs d'activité. Des formations des professionnels sont assurées et intégrées dans le plan de formation. Un accueil spécifique des nouveaux agents comprenant une formation en interne au dossier patient informatisé est organisé et mis en œuvre. Une clé biométrique personnelle permet l'accès au dossier du patient informatisé : pour les médecins afin de formaliser la prescription et le suivi médical et pour les personnels paramédicaux dans leurs missions d'accompagnement de la délivrance des soins.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'activité connaît et met en œuvre l'organisation établie pour le fonctionnement interface. La mise en œuvre effective est régulée par la revue de direction. Le plan de reprise d'activité prend en compte les risques identifiés.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. L'accès du dossier pour le patient est formalisé et respecte les délais réglementaires.

La traçabilité des actions et activités est assurée.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilans d'activité, etc.).

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

Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Le dossier patient est évalué selon les indicateurs IPAQS ; des audits ciblés de tenue du dossier sont réalisés. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

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

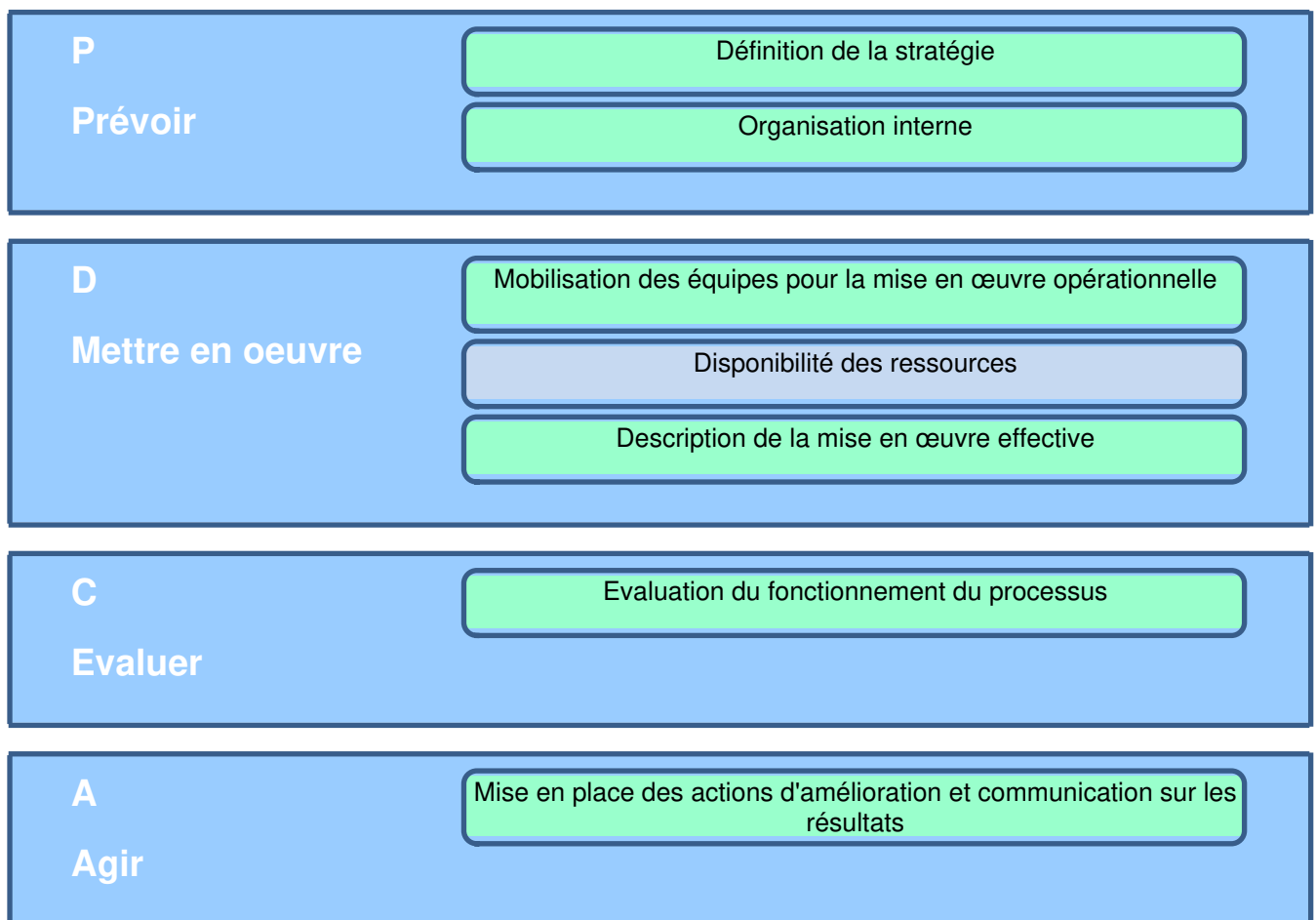
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

## 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

Une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement est en place qui tient compte des spécificités de la personne âgée. Un programme d'action formalisé et priorisé est élaboré. Il est dorénavant intégralement repris dans le compte qualité. Il existe une politique d'amélioration de la qualité de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles formalisée, actualisée en septembre 2015.

Une cartographie des risques liée au circuit des médicaments et des dispositifs médicaux a été réalisée par le directeur risques et vigilances et le pharmacien gérant de la pharmacie à usage interne.

Les objectifs d'amélioration tiennent compte des exigences du contrat de bon usage des médicaments 2014-2018. Dans le compte qualité, deux risques ont été identifiés et font l'objet d'actions prioritaires.

Un rapport d'activités du COMEDIMS et un programme d'actions sont élaborés annuellement.

#### ORGANISATION INTERNE

L'Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Roch a mis en place une organisation afin de piloter le processus "Prise en charge médicamenteuse". Le COMEDIMS est l'instance de pilotage du management de la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux stériles. Il se réunit trois fois par an. Ses missions sont définies dans un règlement intérieur. Sa composition est pluridisciplinaire. Les rôles et responsabilités des pharmaciens, de la préparatrice et du responsable du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse sont définis dans les missions qui font parties de leur compétences.

Un organigramme de la PUI est formalisé : l'équipe comprend 2 pharmaciens (équivalent 1 ETP), 1 préparatrice localisée en pharmacie et 1 au bloc opératoire pour la gestion des dispositifs médicaux implantables.

Le livret thérapeutique, les procédures et les protocoles utiles sont formalisés, validés et actualisés par le COMEDIMS. Il existe un manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse mis à jour régulièrement. La dernière mise à jour date de septembre 2015.

L'informatisation de la prise en charge médicamenteuse depuis la prescription jusqu'à l'administration est en place dans tous les secteurs de soins afin d'assurer la sécurité du circuit.

L'établissement est organisé pour assurer la continuité du traitement médicamenteux de l'admission jusqu'à la sortie. La permanence pharmaceutique est assurée en dehors des heures d'ouverture de la pharmacie, la nuit et le week-end, une procédure définit les modalités d'accès à la dotation d'urgences sécurisée. Il existe une procédure de gestion du traitement personnel.

Les règles et supports validés de prescription sont en place pour l'ensemble des prescripteurs, qui peuvent y accéder à tout moment de manière sécurisée.

### D / METTRE EN OEUVRE

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

Les responsables des secteurs organisent la déclinaison des objectifs d'amélioration et des plans d'action validés en COMEDIMS au sein des différents secteurs à tous les acteurs du soin. A partir de la déclaration des erreurs médicamenteuses dans les services, la cellule de gestion des événements indésirables peut décider de l'organisation d'un CREX (en fonction de la criticité). Les personnels du service concerné participe à cette analyse et relaie l'information. En plus, les responsables des services et les pharmaciens s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin.

#### DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La formation proposée en interne et par le e-learning permet à tout agent de se former en fonction de leur niveau de connaissance afin de le réajuster principalement sur l'identification des erreurs médicamenteuses.

Les ressources matérielles sont disponibles : informatisation de la prescription-administration avec un ordinateur sur chaque chariot de soins dans tous les secteurs (services de soins, blocs opératoires, endoscopie, SSPI). Les nouveaux personnels paramédicaux sont formés à l'utilisation du logiciel de soins prescription-administration informatisé.

Les procédures et protocoles sont accessibles sur les postes informatiques des secteurs de soins et connues des professionnels. Des outils d'aide à la prescription dont le livret thérapeutique, le guide d'antibiothérapie et la banque de données Claude Bernard sont mis à disposition des professionnels sur l'intranet.

Il existe une procédure dégradée en cas de panne informatique afin d'assurer la continuité du traitement. Elle est accessible sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé et à

disposition des professionnels.

### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels connaissent l'organisation définie et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.

En pratique, l'analyse pharmaceutique a priori du traitement complet du patient est réalisée. Les bonnes pratiques en matière de préparation sont respectées. Les règles de gestion, rangement, transport et stockage des médicaments particulièrement des médicaments à risque sont appliquées. La traçabilité de l'administration des médicaments sur le support unique prescription-administration est assurée en temps réel. Les validation et la traçabilité se font en temps réel.

Les patients sont informés sur le bon usage des médicaments par un livret, élaboré par le COMEDIMS, qui leur est remis lors de leur admission, à leur intention et à celle de leur entourage.

Les professionnels déclarent les erreurs médicamenteuses à partir de la fiche de déclaration des événements indésirables accessible sur le bureau de chaque poste informatique. L'analyse des causes est réalisée au sein d'un CREX institutionnel organisé par la cellule de gestion des événements indésirables.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du processus de prise en charge médicamenteuse. Il se base notamment sur le bilan annuel du suivi des objectifs d'amélioration liés au contrat de bon usage des médicaments, sur des audits en interne (gestion des armoires à pharmacie, pharmacovigilance, taux de personnel formé par le e-learning sur les erreurs médicamenteuses, niveau de satisfaction des unités de soins sur la prestation pharmacie, nombre d'évènements majeurs sur nombre total :1/20 etc...).

Les résultats des IQSS sont en amélioration sur le DPA en 2014 versus 2011.

## A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en place suite aux différentes évaluations. Les résultats des évaluations et les actions d'amélioration mises en œuvre sont communiqués régulièrement en COMEDIMS. Les comptes rendus du COMEDIMS sont accessibles par les professionnels sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé, ainsi que les résultats des indicateurs IQSS. La communication aux usagers est en cours de formalisation, la CRU venant de se restructurer.

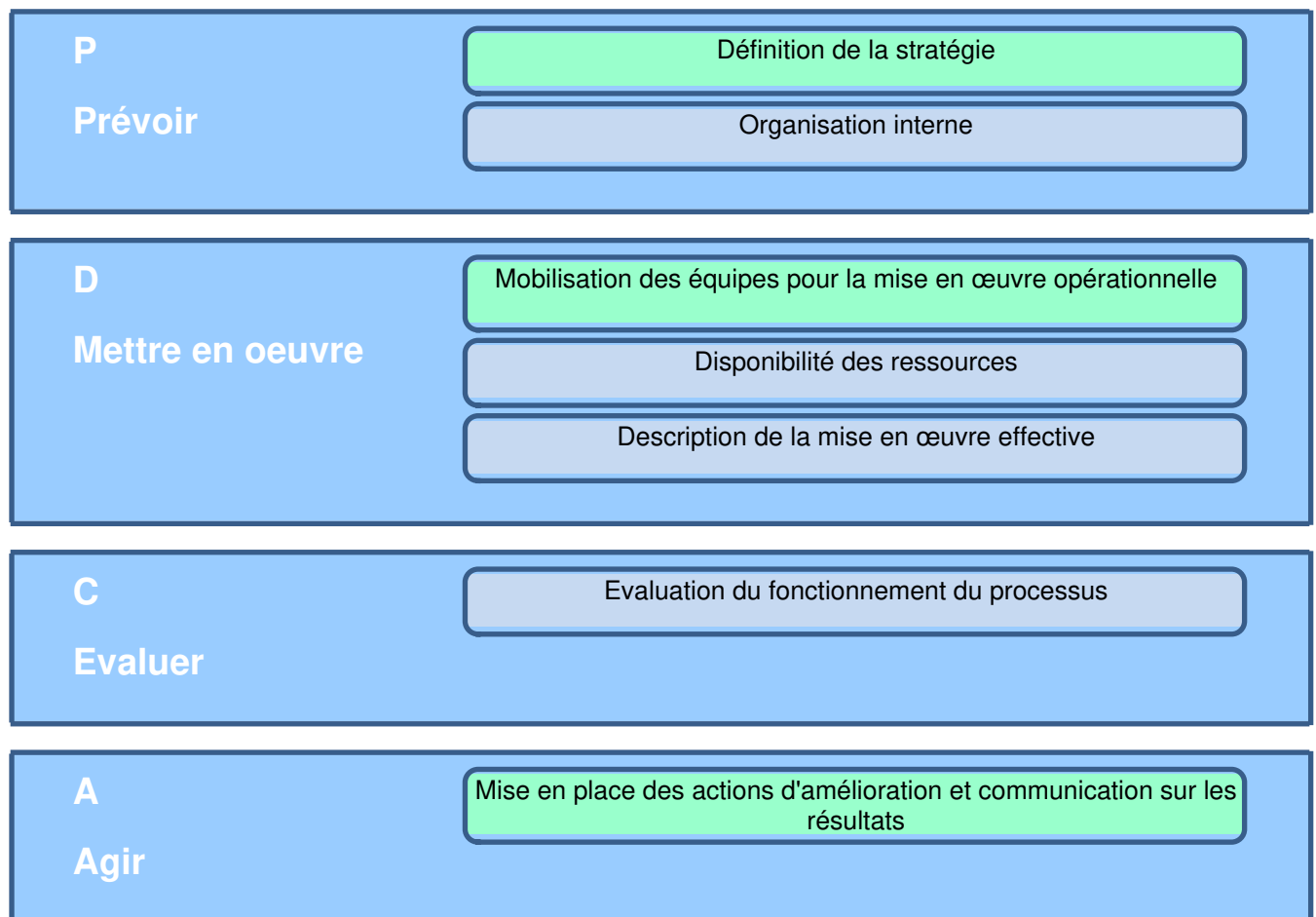
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

## 1. Caractérisation générale

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

## 2. Résultats de l'établissement

### a. Représentation graphique





**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le bloc opératoire de l'Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Roch comprend :

- un bloc général avec 4 salles interventionnelles (plus de 2500 interventions en chirurgie traditionnelle) et une SSPI de 6 postes ;
- un bloc ambulatoire avec 3 salles interventionnelles (4200 interventions en ambulatoire en 2014) dont 1 salle dédiée à l'endoscopie (1776 endoscopies en 2014) et une SSPI de 4 postes.

Les activités du bloc concernent la chirurgie orthopédique et traumatologique, plastique réparatrice et esthétique, ophtalmologique, viscérale, stomatologique, ORL, gynécologique.

L'établissement a identifié, analysé et hiérarchisé ses risques au niveau du bloc opératoire, en chirurgie ambulatoire, en SSPI avec les professionnels concernés. La cartographie des risques au bloc opératoire, organisée suivant le parcours du patient au bloc a été validée en conseil de bloc. Les principaux risques identifiés au bloc/SSPI et en unité de chirurgie ambulatoire figurent dans le compte qualité. Des objectifs d'amélioration sont identifiés et déclinés dans un programme d'action formalisé et priorisé, qui est dorénavant le compte qualité qui servira d'axe porteur.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation du bloc est formalisée dans la charte de fonctionnement validée par le conseil de bloc. La charte de fonctionnement décrit les circuits de prises en charge, les missions du conseil et des utilisateurs de bloc et définit les responsabilités. Le cadre de bloc établit chaque fin de semaine le programme opératoire des patients connus pour la semaine suivante. Cette planification est communiquée aux professionnels concernés. Il existe un organigramme du bloc opératoire ainsi que des fiches de postes pour les différents professionnels travaillant au bloc. Le cadre du bloc est responsable de la régulation des activités du bloc opératoire, du suivi et du traitement des dysfonctionnements. Les ressources humaines sont adaptées quantitativement et qualitativement. Le plan de formation 2015 intègre des formations destinées au personnel du bloc. Les procédures et les protocoles sont formalisés, validés, actualisés et élaborés en concertation avec les professionnels concernés.

Les locaux sont adaptés à l'activité tant chirurgie que chirurgie ambulatoire. Le zonage du bloc est effectif. Les circuits sont adaptés aux risques identifiés. L'hygiène des locaux et la maintenance préventive et curative des équipements et matériels biomédicaux et non médicaux sont organisés.

Les interventions au bloc opératoire sont planifiées à l'aide d'un outil de planification partagé. Le système d'information du bloc est connecté au système d'information de l'Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Roch. Les interfaces sont organisées et permettent l'échange d'information et la coordination entre les différents secteurs et professionnels sur la prise en charge péri-opératoire.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le management du bloc/SSPI et de l'unité de chirurgie ambulatoire s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins de l'établissement et organise la déclinaison institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels.

Le cadre de bloc sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans les secteurs blocs-endoscopie-SSPI. Des réunions d'équipe sont organisées ainsi que des réunions thématiques en fonction des besoins. Ils participent au signalements des événements indésirables et aux propositions d'action d'amélioration.

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

Le secteur de stérilisation est géré par le pharmacien gérant et par une équipe opérationnelle formée régulièrement.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles au bloc opératoire.

La dynamique est très nette dans certains secteurs d'activités et particulièrement dans les secteurs à risque. Le pilotage est efficient, la culture d'amélioration continue est confirmée par la gestion des plans d'actions au service de la qualité de prise en charge et de l'efficacité pour l'établissement. Les professionnels du bloc suivent des formations régulièrement ayant trait aux prises en charge spécifiques du bloc soit par formation présentielle ou par le e-learning élaboré en interne.

Les professionnels participent à l'élaboration des procédures. Elles sont connues des professionnels et accessibles sur informatique. Ainsi, des fiches techniques par intervention et par opérateur ont été mises à disposition des professionnels du bloc et du secteur de stérilisation permettant de préciser pour chaque type intervention son déroulement, le matériel nécessaire et les spécificités. La gestion du matériel du bloc opératoire est effective avec un partenariat constant avec le service biomédical : la maintenance préventive et curative est assurée avec une prise en compte des nécessaires remplacements et suivi de matériels l'analyse des signalements d'événements indésirables mettant en cause des matériels permettent également d'envisager voire d'anticiper les investissements.

#### DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, la régulation des activités du bloc opératoire est effective. De même, le fonctionnement de l'UCA est opérationnelle depuis l'appel du patient de la veille jusqu'à la sortie du patient et l'appel du lendemain.

La mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient au bloc opératoire » est effective et va au delà de l'attendu. En effet, elle permet la traçabilité d'un certain nombre de données supplémentaires liées à l'intervention par rapport à la check-list « de base » de la HAS. Le chirurgien l'anesthésiste et l'IDE coordinateur signent la check-list à la fin de l'intervention. Un double papier figure systématiquement dans le dossier du patient ce qui a été constaté pour le patient traceur de chirurgie orthopédique et de chirurgie ambulatoire.

Il existe une traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes. La coordination est effective entre le bloc/SSPI et le retour dans les services de soins. Il existe une fiche de liaison et le transfert du patient de la sortie SSPI vers le service de soins a fait l'objet d'une action amélioration : appel systématique dans le service de soins afin de prévenir l'IDE de l'arrivée du patient.

Un recueil des événements indésirables du bloc est réalisé par les professionnels. L'analyse est faite sous forme de CREX.

### C / EVALUER

#### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est en place. Les temps de vacation offerts et temps réel d'occupation des salles, taux occupation, taux d'ouverture et nombre d'interventions sont suivis par le cadre du bloc une restitution des résultats est faite en conseil de bloc, également en "Revue de direction" afin de proposer des actions si nécessaire. D'autres indicateurs concernant l'activité sont suivis mensuellement : nombre de passages au bloc, en SSPI, nombre interventions par spécialité et par opérateur. Un comparatif avec les années précédentes est également effectué. Les indicateurs IQSS sont également exploités (DAN).

Les événements indésirables comme les retards à la programmation ou les annulations sont suivis par le cadre du bloc.

Ces évaluation périodiques sont réalisées et exploitées pour identifier les actions correctives.

### A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des

professionnels et des usagers. Les actions d'amélioration sont mises en place et suivies au sein du bloc.

La communication des résultats et des actions d'amélioration est réalisée en interne dans le cadre des réunions principalement au cours des Revues de direction. Les indicateurs IQSS en particulier DAN sont communiqués aux usagers par affichage au sein de l'établissement.



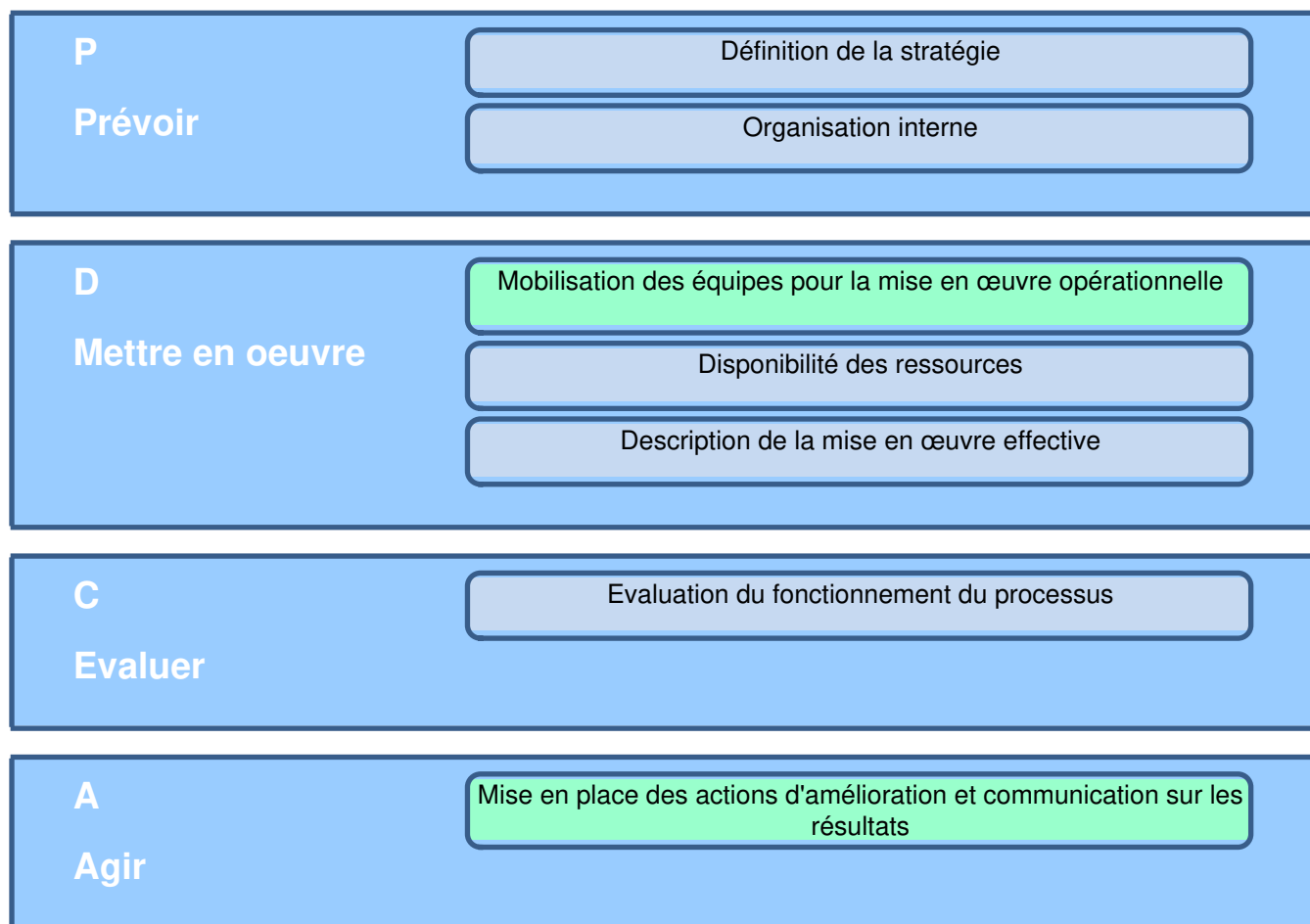
# MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

## 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



**P / PRÉVOIR**

**DÉFINITION DE LA STRATÉGIE**

Le bloc opératoire de l'Hôpital Privé Toulon Hyères – Saint Roch comprend :

- un bloc général avec 4 salles interventionnelles et une SSPI de 6 postes ;
- un bloc ambulatoire avec 3 salles interventionnelles dont 1 salle dédiée à l'endoscopie et une SSPI de 4 postes.

La stratégie de développement de l'activité de chirurgie, de chirurgie ambulatoire et d'endoscopie est décrite dans les orientations stratégiques et dans le CPOM. L'établissement a identifié, analysé et hiérarchisé les risques au niveau du bloc opératoire, de l'endoscopie avec les professionnels, en tenant compte des préconisations du compte qualité. La cartographie des risques en endoscopie est calquée sur celle du bloc opératoire et définit le parcours du patient au bloc. Cette cartographie a été validée en conseil de bloc. Les principaux risques identifiés en unité de chirurgie ambulatoire incluant l'endoscopie (2 risques) figurent dans le compte qualité. Des objectifs d'amélioration sont identifiés et déclinés dans un programme d'actions formalisé et hiérarchisé. Des actions préventives et de surveillance sont établies dans le cadre des "Revue de Direction" quadrimestrielles et définies avec la Direction.

**ORGANISATION INTERNE**

L'organisation du secteur d'endoscopie est formalisée dans la charte de fonctionnement du bloc validée par le conseil de bloc. Cette charte de fonctionnement du bloc décrit les circuits de prises en charge, les missions du conseil des utilisateurs de bloc et définit les responsabilités de chacun. Le cadre du bloc programme les interventions en fonction des fiches de réservation renseignées par les chirurgiens libéraux. Le programme opératoire présenté sous forme de tableau est validé par le cadre du bloc, un chirurgien et un anesthésiste puis adressé à la direction avant d'être affiché au sein de chaque secteur et accessible aux professionnels concernés. Le planning des personnels est adapté à ce programme.

Le cadre du bloc est responsable de la régulation des activités du bloc opératoire, du suivi et du signalement et du traitement des dysfonctionnements. Le plan de formation 2015 intègre des formations spécifiques pour les personnels du bloc. Ces modalités d'organisation sont encadrées par l'utilisation de la check-list "Sécurité du patient en endoscopie", par des procédures et supports de traçabilité qui sont formalisés, validés, actualisés et élaborés en concertation avec tous les acteurs.

Les locaux sont adaptés à l'activité d'endoscopie, les circuits sont adaptés aux risques identifiés. L'hygiène des locaux et la maintenance préventive et curative des endoscopes sont organisés. Un matériel adapté sécurisé, contrôlé est mis à disposition.

Les endoscopies sont planifiées avec le même logiciel que toute autre intervention chirurgicale. Le système d'information du bloc est connecté au système d'information de l'Hôpital Privé Toulon Hyères - Saint Roch.

**D / METTRE EN OEUVRE**

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

Le management du secteur d'endoscopie s'est saisi des enjeux liés à la qualité et à la sécurité des soins et les décline en objectifs et plans d'action opérationnels. Le cadre de bloc sensibilise les professionnels sur les risques identifiés dans les secteurs endoscopie-SSPI. Des réunions d'équipe sont organisées deux fois par an ainsi que des réunions sur des thèmes spécifiques en fonction des besoins ou des dysfonctionnements. Le cadre de bloc s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informe les professionnels de leurs résultats. Les dysfonctionnements sont débattus en conseil de bloc et si nécessaire des actions correctives sont mises en place.

**DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES**

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles au bloc opératoire. Afin d'optimiser l'occupation des salles des recrutements d'IADE ont été effectués. Les professionnels participent à l'élaboration des procédures. Elles sont connues des professionnels et accessibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé. Ainsi des fiches techniques par intervention et par opérateur ont été mises à disposition des professionnels du bloc permettant de préciser pour chaque type d'intervention son déroulement, le matériel nécessaire et les spécificités. La gestion du matériel du bloc opératoire est effective avec un partenariat constant avec le service biomédical : la maintenance préventive et curative est assurée avec une prise en compte des nécessaires remplacements et suivi de matériels.

## DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles, des fiches de liaison sur le dossier informatisé permettent d'assurer la traçabilité des actes effectués en endoscopie.

Afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, une régulation des activités du secteur d'endoscopie est en place. Le fonctionnement est opérationnel avec des actions sécuritaires et ce depuis l'appel du patient de la veille jusqu'à la sortie du patient et l'appel du lendemain.

La mise en œuvre de la check-list « sécurité du patient en endoscopie » est effective. En effet, elle permet la traçabilité d'un certain nombre de données supplémentaires liées à l'intervention. Il existe une traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes. La coordination est effective entre l'endoscopie/SSPI et le retour dans les services de soins. Il existe une fiche de liaison et le transfert du patient de la sortie SSPI vers le service de soins a fait l'objet d'une action amélioration : appel systématique dans le service de soins afin de prévenir l'IDE de l'arrivée du patient.

## C / EVALUER

### EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, bilans d'activité, etc.). Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs est en place.

D'autres indicateurs concernant l'activité sont suivis mensuellement : nombre de passages en endoscopie, en SSPI, par opérateur. Un comparatif d'une année sur l'autre est également effectué. De même, les résultats des indicateurs IQSS dont le dossier d'anesthésie sont suivis. Les événements indésirables comme les retards à la programmation ou les annulations sont suivis par le cadre du bloc afin d'y apporter des actions d'amélioration.

## A / AGIR

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

Les actions d'amélioration sont mises en place et suivies au sein du secteur d'endoscopie.

La communication des résultats et des actions d'amélioration est réalisée en interne dans le cadre des réunions du secteur. Les compte rendus sont accessibles sur le site internet de l'établissement, dans l'espace professionnel sécurisé. La fréquence des consultations du site est exploitable, la direction s'en sert comme référence. Les résultats des IQSS sont affichés dans les endroits stratégiques afin que les usagers puissent les consulter, les professionnels peuvent le faire dans l'intranet de l'établissement.