



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION

L'Hôpital du Gier

**19 rue victor hugo Bp
168
42403 Saint-Chamond**

AVRIL 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	39
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE	43
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	47
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	51

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER - POLE MCO	
Adresse	19 rue victor hugo 42403 Saint-Chamond
Département / région	LOIRE / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	420002495	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond
Etablissement de santé	420780678	CH DU PAYS DE GIER -- POLE SSR	42 rue leon marrel 42800 Rive-De-Gier
Etablissement de santé	420787210	CH PAYS DE GIER - CENTRE DE PLANIFICATION	19 rue victor hugo 42403 Saint Chamond
Etablissement de santé	420780637	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS DE GIER - POLE MCO	19 rue victor hugo Bp 168 42403 Saint-Chamond
Etablissement de santé	420009599	CH PAYS DE GIER - POLE GERIATRIQUE	19 rue laurent charles 42400 Saint Chamond

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	44	/	11
MCO	Gyneco-Obstétrique	24	/	/
MCO	Médecine	130	10	/
SSR	SSR	90	10	/

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

/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements

Convention cadre avec le CHU de Saint Etienne
GCS « Les Portes du Pilat » (Mutualité Française)
GCS Plateforme SISRA- ARS Rhône Alpes
HOPSIS - HCL
Blanchisserie interhospitalière Loire Sud (BIHL Sud)

Regroupement / Fusion

/

Arrêt et fermeture d'activité

Arrêt de la chirurgie du cancer du sein depuis avril 2014.

Création d'activités nouvelles ou reconversions

Service de chirurgie reconverti en service de médecine et chirurgie gériatrique depuis mars 2014.

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Parcours du patient
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

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 appréciera au travers de la transmission du prochain compte qualité la démarche de management de la qualité et des risques de l'établissement.

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	Pôle MCO - chirurgie ambulatoire	/	Programmée	Acte d'endoscopie	MCO
2	Adulte	Pôle MCO - Cancérologie	/	Programmée	Chirurgie + chimiothérapie	MCO
3	Femme + bébé	Pôle MCO - Obstétrique	/	Urgences	Grossesse suivi au sein de la maternité	MCO
4	Personnes âgées	Pôle gériatrique - UMC	Soins palliatifs	Programmée	/	MCO
5	Adulte	Pôle SSR	AVC	Mutation depuis	/	SSR

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

la neuro

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

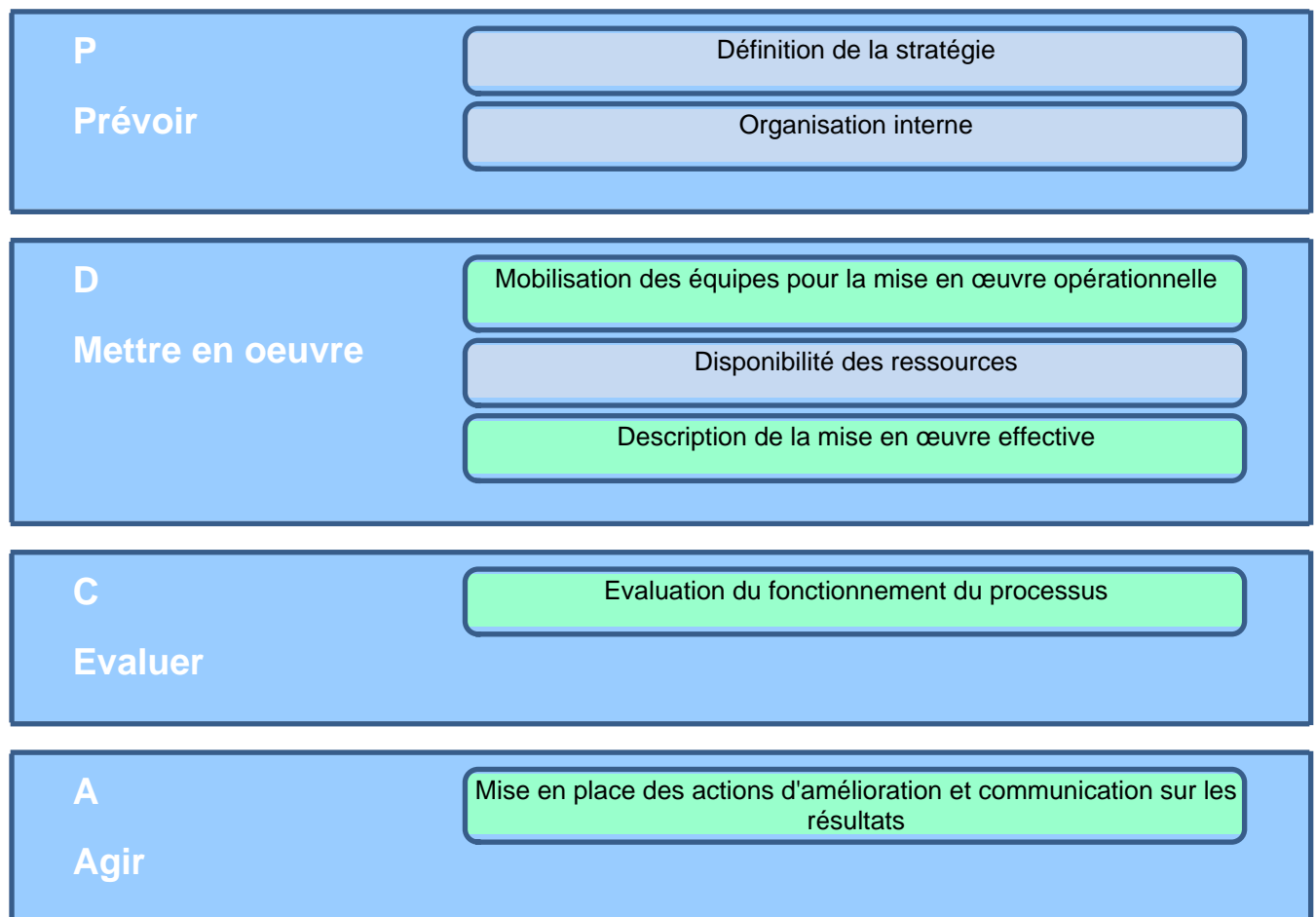
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le président du conseil de surveillance, la directrice de l'établissement et le président de la C.M.E. ont formalisé leurs engagements dans l'élaboration et le suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

La politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques et regroupe les différentes organisations mises en place et permettant d'identifier ces risques :

- la gestion des événements indésirables
- le développement d'une culture qualité et sécurité des soins
- le développement du D.P.C./E.P.P.
- la maîtrise du risque infectieux
- le recueil et l'exploitation des données relatives à l'évaluation de la satisfaction des usagers
- les vigilances sanitaires, leur coordination et l'organisation mise en place pour répondre aux alertes descendantes et ascendantes
- la gestion des plaintes et réclamations
- la gestion de la veille réglementaire
- la gestion de crise.

Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'activité et tient compte de leur spécificité.

Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU.

Elle comprend des objectifs et intègre des indicateurs mesurables déclinés par secteur d'activité.

La stratégie de développement de la démarche d'EPP, résultant d'une concertation entre les professionnels de santé et les gestionnaires, est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il existe un programme unique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins prenant en compte :

- l'analyse de la conformité à la réglementation
- l'analyse des événements indésirables et le bilan des améliorations mises en œuvre à la suite
- les actions à mettre en place suite aux recommandations et décisions de la certification
- les engagements fixés dans le C.P.O.M.
- la prise en compte des dysfonctionnements et des risques graves et récurrents sur la lutte contre les infections associées aux soins, la politique du médicament et des D.M.S, les dispositifs de vigilance et les risques associés aux soins et identifiés a posteriori et a priori
- l'analyse des plaintes et réclamations en lien avec la CRU.

Les actions du programme sont priorisées selon un processus de hiérarchisation défini. Pour chaque plan d'actions, un ou des pilotes sont identifiés, un échéancier et des modalités de suivi sont définis.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé et comprend :

- un niveau de gouvernance et de politique institutionnelle
- un niveau de pilotage, de coordination et d'animation
- un niveau de mise en œuvre opérationnelle. L'assistante qualité possède un DU management qualité.

Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste.

La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée conformément à la réglementation.

La quotité de temps dédié pour assurer la fonction est définie.

Le pilotage des différentes missions est défini :

- gestionnaire des risques
- référents des risques
- développement de la démarche d' E.P.P. dans les secteurs d'activité
- veille réglementaire
- vigilances sanitaires
- une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire,
- une coordination est en place entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion de Q.G.D.R.
- gestion des plaintes et réclamations
- gestion des événements indésirables
- gestion de crise
- maîtrise du risque infectieux

Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants.

Le système de gestion des plaintes et réclamations est articulé avec le dispositif de signalement des événements indésirables.

Les ressources documentaires nécessaires à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont définies, formalisées, connues, accessibles et validées.

L'établissement porte la stratégie de la qualité, sécurité à la connaissance de tous en interne et en externe par : des séances d'information/formation organisées dans les services ; l'Intranet ; l'espace qualité, sécurité des soins ; le journal interne « HdG Infos » ; des ateliers, journée ou semaines à thème.

Le circuit des interfaces est organisé avec les secteurs cliniques, médico-techniques (EOH, labo, imagerie, PUI / stérilisation), logistiques (linge, déchets, transports, eau, air) et administratifs (équipe QGDR, CRU) par la nomination de groupes experts et par celle des différents référents.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (réunions, journées dédiées, ateliers à thème).

Des outils de communication interne (intranet, logiciel BMS) sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

La représentation des usagers au sein de l'établissement est effective et organisée.

L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.

Dans les services, les observations et les entretiens ont permis aux experts-visiteurs de vérifier la mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins : plans d'actions dans les secteurs d'activité ; organisation pour la mise en œuvre de démarches d'E.P.P. ; relais effectif par l'encadrement ; organisation d'une communication interne permettant le partage de l'information ascendante et descendante.

Pour chaque plan d'actions, un ou des pilotes sont identifiés, un échancier et des modalités de suivi sont définis.

Certains plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau des pôles d'activités et intégrés à l'échelle de l'établissement afin d'en assurer un pilotage global.

Des outils de communication interne sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés à l'ensemble des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont disponibles.

Des actions de formation sont régulièrement mises en œuvre :

- formation à l'utilisation de supports de signalement des événements indésirables,
- formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes,
- formation à l'analyse des risques a priori;

Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement régulièrement actualisés, sont mis à disposition des professionnels (méthode ALARM).

L'établissement est engagé dans le développement du D.P.C.

Un dispositif de gestion documentaire est en place. L'établissement s'est doté d'un logiciel de documentation dans lequel sont intégrés l'information sur la management de la qualité, le P.A.Q.S.S., les documents de suivi des actions, les supports de déclaration des E.I, les procédures.

Les organisations et les documents utiles à la mise en œuvre et à l'évaluation de la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins sont formalisés et mis à disposition de l'ensemble des professionnels de l'établissement :

- procédures/protocoles mis en place pour maîtriser les risques dans les secteurs d'activités
- outils d'aide méthodologique
- guides de bon usage des soins
- documents permettant le recueil des attentes des usagers
- plans d'urgence permettant de faire face aux situations de crise
- fiches de signalement des événements indésirables
- documents permettant de répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes
- documents permettant d'assurer l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle
- documents permettant d'assurer la gestion des plaintes et réclamations

L'établissement a mis en place des modalités de coordination permettant d'assurer la mobilisation de toutes les compétences au service de la gestion des risques associés aux soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les démarches de management de la qualité et de gestion des risques sont mises en œuvre et animées au quotidien par la cellule qualité, sous l'égide du coordonnateur de la gestion des risques, événements indésirables. Les référents qualité, composés de professionnels paramédicaux et de l'encadrement, assurent le lien

entre les agents de leur unité et la cellule qualité. Ils assurent la communication ascendante et descendante des informations relatives à la mise en œuvre de la politique et du projet qualité et gestion des risques. Ils participent aux réunions qualité, ainsi que ponctuellement à différents groupes de travail sur des thématiques liées aux démarches de qualité et gestion des risques :

- la diffusion sur intranet de documents supports (gestion documentaire) ;
- l'informatisation de la déclaration des événements indésirables ;
- les questionnaires de satisfaction ;
- le tableau de bord de suivi des évaluations de pratiques professionnelles ;
- des méthodes d'analyse de type ALARM, RMM, Remed, CREX, Audit ;
- la cartographie des risques.

La représentation des usagers au sein de l'établissement est organisée et effective.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des actions d'évaluation sont organisées.
Des tableaux de bord permettent de suivre régulièrement la progression des indicateurs qualité retenus par l'établissement.
Plusieurs outils ont été mis en place, permettant d'évaluer le processus : indicateurs faisant l'objet d'un suivi annuel, tableau de bord mis à jour semestriellement, formation sur les indicateurs d'impact...

A / AGIR

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

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs : politique Q.G.D.R. et stratégie de développement de l'E.P.P. révisées ; P.A.Q.S.S. réajusté et nouveaux objectifs d'amélioration mesurables définis. Les résultats des évaluations et des actions conduites sont diffusés en interne. L'établissement rend compte de ses démarches E.P.P. devant ses instances. Les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont affichés.

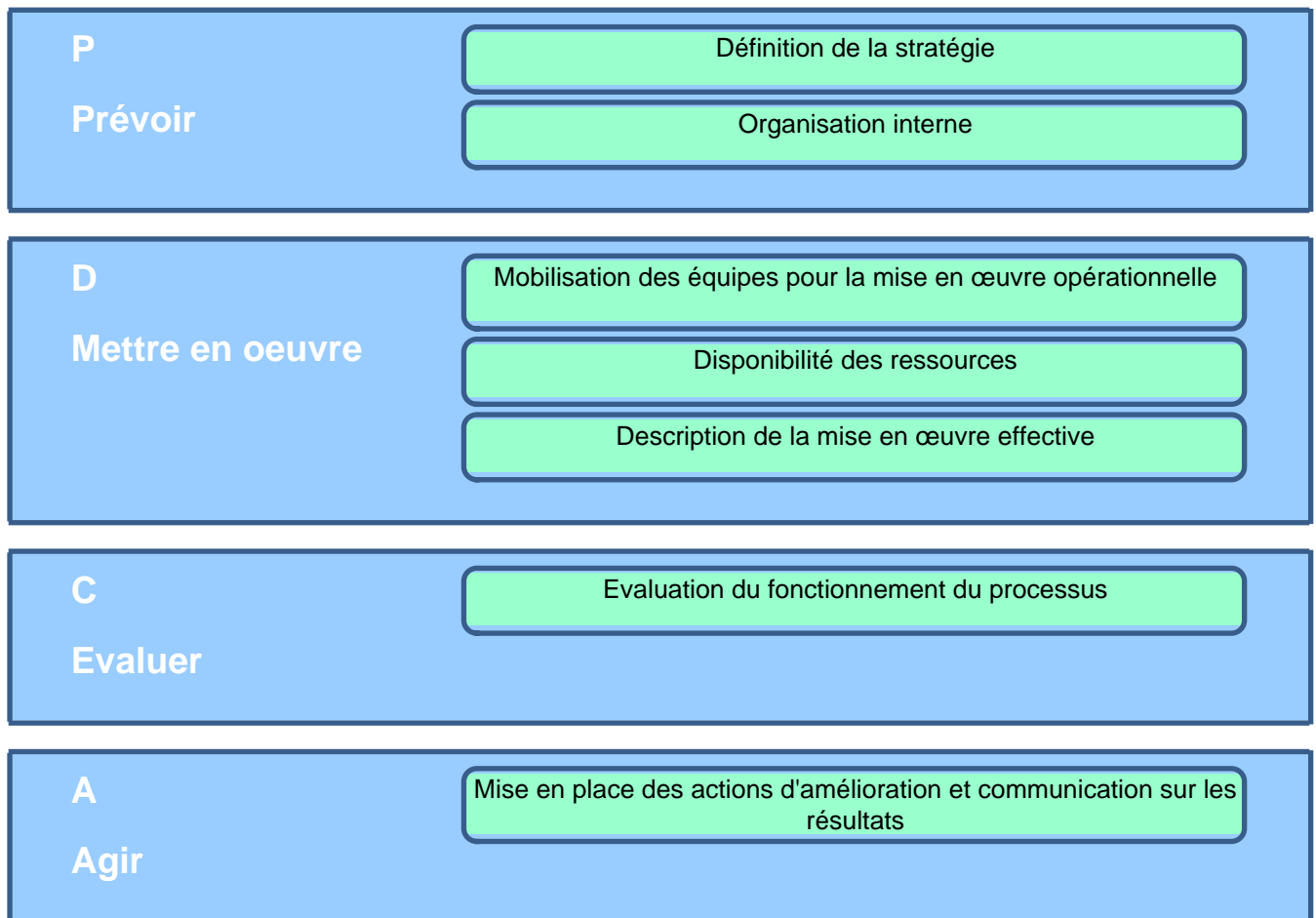
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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

Il existe une stratégie et des objectifs formalisés dans une politique relative au risque infectieux et au bon usage des antibiotiques, élaborés sur la base du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. Les risques prioritaires sont identifiés et hiérarchisés (repérage d'un patient porteur d'une BMR ou BHR, mésusage des ATB...) et ont permis de décliner une stratégie intégrée dans un programme d'action formalisé et priorisé et validé par les instances concernées (CAQSS, CME).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus en s'appuyant sur les instances existantes CLIN et CAI. Les responsables du pilotage (Président de CME, pharmacien président de la CAI, un cadre de santé supérieur) sont identifiés. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés au sein de fiches de poste. Les conditions d'hygiène des locaux sont organisées avec l'EOH en associant le service de bionettoyage : les missions des responsables identifiés sont définies, les protocoles d'entretien des locaux, locaux à risque, balnéothérapie, entretien de l'environnement en cas de clostridium... sont formalisés, des ateliers de formation sont programmés et un suivi régulier de l'environnement est planifié (audit, prélèvements de surface, eau, air...).

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement a organisé la réponse aux besoins en ressources humaines (temps dédié à la gestion du risque infectieux : 0,8 ETP temps CSS, 0,2 ETP pharmacien, 1 ETP ide hygiéniste et en compétences ; DU hygiène et DU Antibiotique) ainsi qu'en ressources matérielles et documentaire (protocoles, procédures). Le recours à un infectiologue par les prescripteurs est organisé et formalisé par convention (temps dédié d'un infectiologue du CHU sur l'établissement).

La gestion des interfaces et des circuits est organisée notamment la gestion des différentes interfaces bactériologie, pharmacie, infectiologie, secteurs d'activités (solicitation des médecins auprès du référent infectiologue pour un conseil diagnostic ou thérapeutique, le biologiste pour une aide aux interprétations des résultats, les pharmaciens pour un conseil pharmaceutique, modalités de diffusion des alertes BMR...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La CAI, l'EOIH (Equipe opérationnelle d'infectiologie hospitalière), le CLIN et l'EOH travaillent en relation pour assurer la maîtrise de la diffusion des bactéries multi résistantes. Des objectifs et des plans d'actions opérationnels propres aux secteurs sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle par l'EOIH et l'EOH. Le réseau des correspondants (correspondants paramédicaux hygiène et correspondants médicaux antibiotique dans chaque service) sont un relais au sein de leur unité pour l'information sur l'évolution des pratiques et le bon usage des antibiotiques ainsi que pour l'application en pratique clinique des référentiels et protocoles validés. L'infirmière hygiéniste, avec la contribution des correspondants et des cadres s'assure de la conformité des pratiques. En cas de dysfonctionnement, de non conformité ou de mésusage des antibiotiques, des actions correctrices sont identifiées (constat d'une hausse de consommation sur cefotaxime fin 2014 : +53%, objectif de la CAI de repositionner cette molécule par rapport à d'autres).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont disponibles (trois professionnels possédant un DU hygiène, deux possédant un DU antibiotique avec un temps dédié à leur mission...). Les correspondants hygiène et antibiotique sont formés régulièrement et sont référents au sein de chaque unité.

Les ressources matérielles dont les locaux et équipements sont disponibles dans tous les secteurs d'activité.

Les ressources documentaires sont actualisées et accessibles via le logiciel de gestion documentaire de l'établissement : protocoles et procédures de surveillance et de prévention du risque infectieux. Un guide et des protocoles de bon usage des prescriptions sont disponibles pour les professionnels médicaux.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et la prise en charge du patient (protocoles, procédures, alerte...).

Des actions de surveillance et de prévention du risque infectieux, incluant celles issues des signalements

(alerte BMR...), sont mises en œuvre par les professionnels.
Les nouveaux arrivants bénéficient d'une formation à l'hygiène et à la prévention du risque infectieux ainsi qu'au bon usage des antibiotiques pour les internes et médecins. Des actions de formation sont menées pour sensibiliser l'ensemble des professionnels au risque infectieux. Des analyses de scénario BHR ont été réalisées au service des urgences, Soins continus, Chirurgie, SSR en 2014/2015.
Pour l'antibiothérapie, un système de dispensation contrôlé est utilisé. Une sensibilisation des praticiens est assurée par la CAI sur le bon usage des antibiotiques (antibiotique à éviter, intérêt des commentaires des antibiogrammes, réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24^{ème} heure et la 72^{ème} heure...).

Un dispositif de surveillance épidémiologique et de surveillance de la résistance aux antibiotiques est en place. L'établissement participe à des activités d'échanges et de comparaison (adhésion à la convention interétablissement en hygiène).

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles et permettent le travail en équipe grâce notamment grâce au système d'alerte mis en place entre les équipes médico-soignantes, pharmaciens, bactériologiste, infectiologue. La traçabilité des actions et activités est assurée au sein des différents secteurs d'activité.

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 : suivi des indicateurs nationaux du risque infectieux (ICATB2, ICALISO, ICABMR, ICALIN, ICSHA), enquête de prévalence MCO/SSR, surveillance annuelle interne des IAS, EPP (pertinence des antibiotiques après ECBU), patients traceurs sur les infections ostéo-articulaires sur matériel prothétique, audits de pratiques (gestion des excréta, port de gants à UU, réalisation d'un ECBU...).

Les bilans d'activité du CLIN et de la CAI réalisés annuellement et l'ensemble des résultats d'évaluation contribuent à l'élaboration d'un programme d'action de l'année N+1.

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'action institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont utilisés : réunions, journal interne, intranet, affichage.. La communication des résultats et actions est réalisée en interne et en externe.

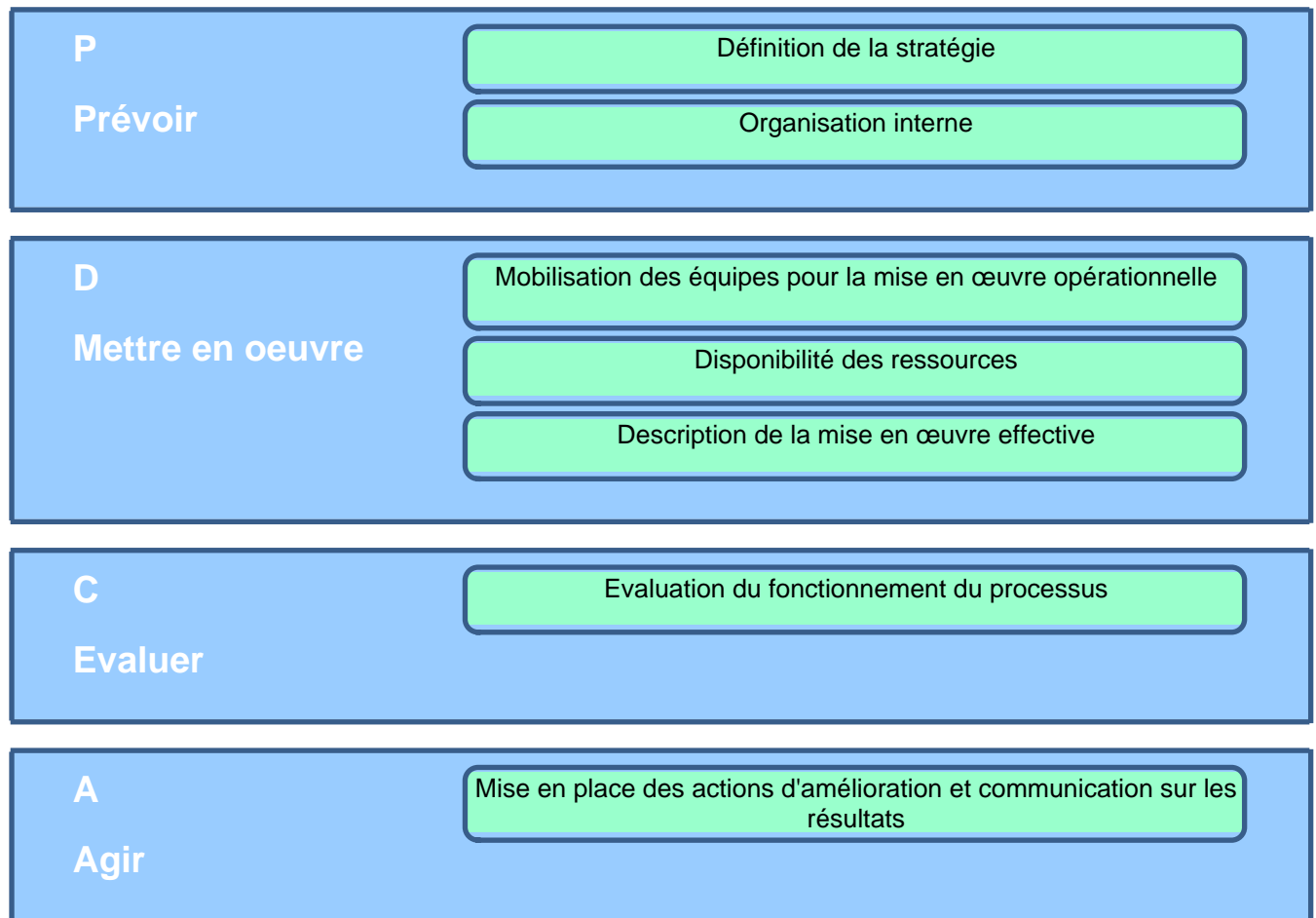
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement a mis en place une démarche globale visant à garantir le respect des droits des patients, dimension essentielle de la qualité. La certification constitue ainsi l'un des leviers de la mise en œuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE
<p>L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. L'établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la C.R.U.Q. et les représentants des usagers et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan C.R.U.Q., analyse des E.I.). Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient. La politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie à partir de cette analyse de risques. Elle est validée par les instances, révisée périodiquement et fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables par secteur d'activité.</p>
ORGANISATION INTERNE
<p>Une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie dans l'établissement. Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action est assuré par le sous groupe bientraitance de la C.S.I.R.M, qui veille également à la communication des résultats.</p> <p>Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis.</p> <p>Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants.</p> <p>Les ressources documentaires nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients sont définies, formalisées, connues, accessibles et validées. L'établissement a par exemple élaboré la charte de bientraitance affichées dans tous les services.</p> <p>L'établissement s'est doté d'un logiciel de documentation dans lequel sont intégrés promotion des droits et de la bientraitance des patients, les supports de déclaration des E.I et les procédures.</p>

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE
<p>L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats).</p> <p>Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients avec une déclinaison en plans d'actions adaptés aux secteurs concernés, en particulier :</p> <ul style="list-style-type: none">- dans les situations nécessitant une restriction de liberté (isolement, contention) ;- dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles (dans un service installation de bornes anti-fugue. Ces patients sont équipés d'un bracelet d'autonomie) ;- dans le cadre du recueil de la volonté du patient (personne de confiance, information et consentement éclairé). <p>Ces actions sont accompagnés d'une sensibilisation des professionnels par l'encadrement du secteur d'activité qui évaluent également leur mise en œuvre.</p> <p>Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés à leur non-respect.</p>
DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES
<p>Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement.</p> <p>Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (bientraitance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles). Ils sont sensibilisés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient.</p> <p>Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement sont mis à disposition des professionnels (grilles d'analyse de risques, E.P.P.).</p> <p>Ainsi, les processus suivants sont à disposition des professionnels de terrain : modalités de signalement des cas de maltraitance ; modalités d'accueil et d'accompagnement de l'entourage ; information à donner au patient ; modalités de recueil du consentement éclairé ou du refus de soins ; modalités d'information du patient en cas de dommage lié aux soins.</p> <p>Des documents d'information sont mis à la disposition des patients et l'accès à ces ressources est facilité.</p>

L'établissement adapte ses locaux, ses équipements et sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations montrent la mobilisation des équipes pour la prise en compte de ces questions.

Les soins sont réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité. Les actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance existent dans les services. Les conditions d'hébergement permettant le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Le respect de la confidentialité des informations relatives au patient est assuré. L'accès aux secteurs d'hospitalisation est facilité pour l'entourage des patients et un dispositif est en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient. Les équipes procèdent au recueil de la personne de confiance et organisent la participation du patient à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet de soins personnalisé. La démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins est mise en œuvre si nécessaire.

La réflexion bénéfice-risque fait l'objet d'une concertation au sein de l'équipe soignante.

Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite et réévaluée à périodicité définie.

Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement.

Les patients sont informés de leurs droits et des missions de la C.R.U.Q.

En revanche, les modalités de recueil de la volonté du patient et le cas échéant de conservation des directives anticipées ne sont pas appliquées par les professionnels. La possibilité de rédiger des directives anticipées n'est systématiquement pas proposée aux patients lors de leur séjour. Cela s'est confirmé dans le dossier du patient traceur du service de gériatrie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus « bientraitance et promotion des droits des patients ».

Des modalités d'évaluation régulière du processus au sein de l'établissement sont définies. L'établissement mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs, rapport d'activité annuel) et communique sur les résultats obtenus.

Un bilan est réalisé a minima une fois par an au sein des différentes instances : C.R.U.Q, C.M.E, C.S.I.R.M.T.

A / AGIR

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

La stratégie de l'établissement ainsi que le programme d'amélioration sont réajustés en fonction des résultats des évaluations. Des actions d'amélioration sont prévues.

L'établissement interroge ou sollicite de manière régulière la C.R.U.Q. sur ces questions.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

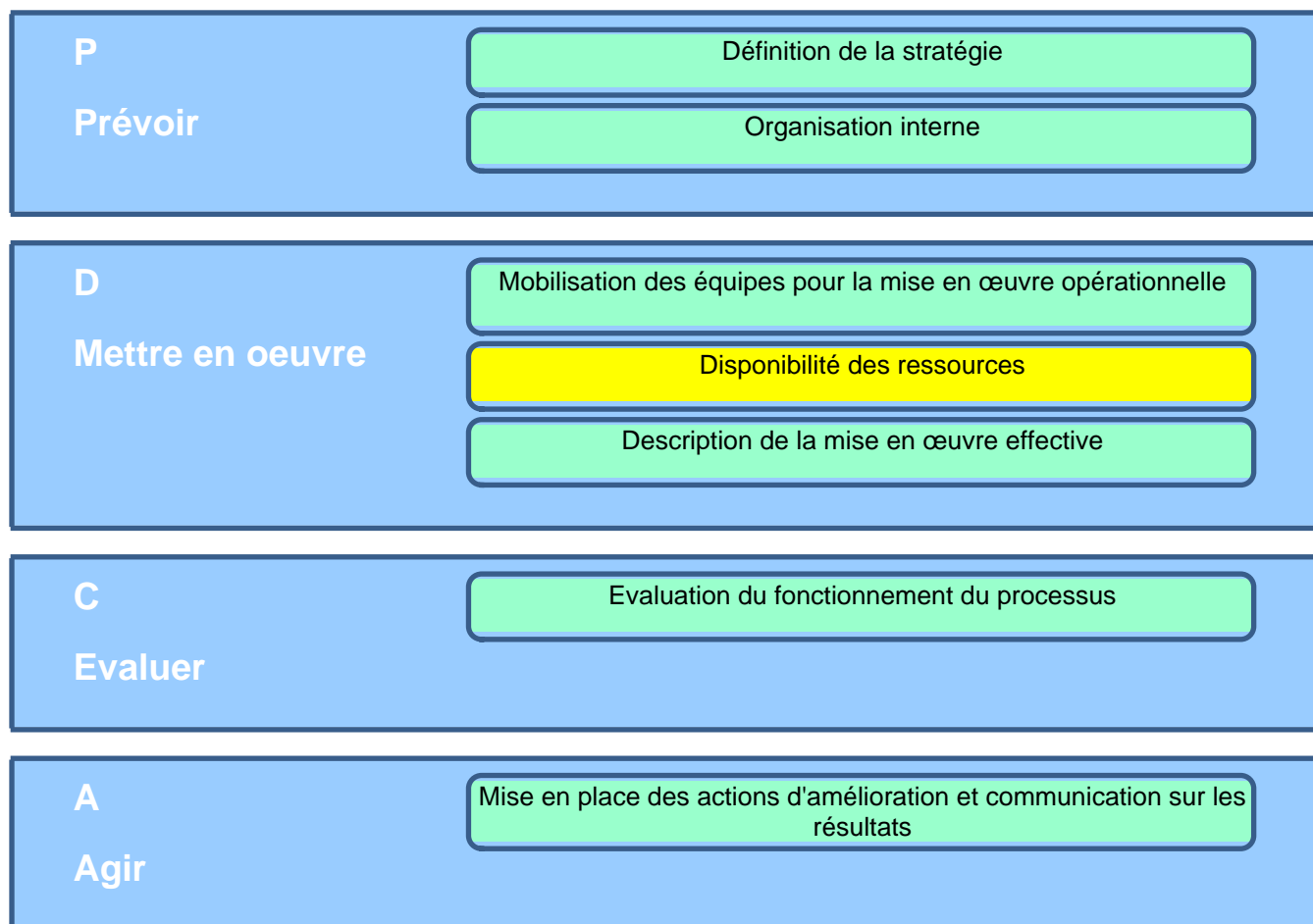
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier du Pays de Gier a défini ses stratégies et objectifs concernant l'organisation des principaux parcours patients. Ils prennent en compte les profils et besoins spécifiques des différentes populations accueillies, les besoins du territoire et les directives des schémas de planification sanitaire.

Le projet d'établissement 2011/2015, validé par les instances, présente les priorités de mise en œuvre, incluses dans les projets médicaux et dans le projet de soins. Chaque projet est assorti d'un plan d'actions prioritaires. Les différentes politiques sont menées en cohérence avec les orientations stratégiques. Un bilan d'étape a été réalisé en 2013. Une réorganisation de la filière gériatrique avec la création d'une unité médico-chirurgicale a été réalisée en mars 2014.

L'établissement a réalisé une analyse des risques liés au parcours du patient en s'appuyant sur les données issues des démarches d'évaluation externe et interne ainsi que sur les résultats des indicateurs (IPAQSS, HN...) et l'analyse des événements indésirables liés au parcours patient. Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'actions intégrées dans un programme d'action formalisé et priorisé validé par les instances concernées (CAQSS, CME...).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est en place pour piloter le processus parcours patient. Le pilotage stratégique est assuré par la direction, le président de CME et la direction des soins. Le pilotage de la thématique parcours patient est assuré par deux binômes médico-soignants (2 médecins et 2 cadres supérieurs de santé). Le programme d'actions prioritaires est validé par le comité qualité (CAQSS) et est communiqué aux instances concernées notamment la CME et la CSIRMT.

Un courrier explicatif a été adressé aux pilotes des thématiques précisant notamment la démarche PDCA.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectifs, recrutement et formation des personnels), les moyens matériels (locaux, équipements et maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité (rencontres régulières entre le secteur des urgences - médecine et urgences-chirurgie...).

Cependant, les rôles et responsabilités des pilotes du processus "parcours patient" ne sont pas formalisés. Il n'existe ni de fiche de poste, ni de fiche de mission pour les pilotes du processus "parcours patient".

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables des secteurs (médecins et cadres supérieurs de santé) informent et sensibilisent les équipes sur les priorités définies au niveau institutionnel et sur le fonctionnement du processus propre à leur secteur, au regard des risques identifiés et des résultats des évaluations.

Des groupes opérationnels et pluriprofessionnels tels que les groupes "parcours patient" et "filiale chirurgie", "bienveillance", "handicap"... organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plans d'actions opérationnels.

Les responsables de secteurs (cadres soignants, médecins) sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur, les résultats d'évaluation et sur le plan d'actions prioritaires.

Le management de proximité (cadres de santé) s'assure de la conformité aux pratiques par rapport aux dispositions prévues. Lorsqu'un écart de pratique est constaté, il sollicite le groupe d'auditeurs pour mener un audit et proposer des actions correctives. Ces résultats sont communiqués aux cadres de santé et aux équipes soignantes concernées.

Des actions correctives sont identifiées sur la base des résultats d'enquêtes, audits ou baisse d'indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La politique et le management des ressources humaines permettent de disposer des compétences nécessaires, en termes de recrutement, de formation continue, et de spécialisation des personnels de certains secteurs. Les modalités de gestion du temps de travail et le système de gardes et astreintes permettent de garantir la permanence des soins 24/24. Des compétences médicales et paramédicales spécifiques au parcours patient (médecins spécialisés, équipe mobile de soins palliatifs, équipe mobile de gériatrie, DU en douleur, ...) sont disponibles sur l'établissement. Une formation des nouveaux

personnels médicaux et paramédicaux sur les thématiques en lien avec la prise en charge du patient (hygiène, prise en charge des patients en situation palliative, prise en charge de la personne en situation de handicap...) sont dispensées à périodicité définie.

Les locaux, matériels et équipements nécessaires aux activités des services sont disponibles.

La documentation nécessaire est accessible aux personnels via la gestion documentaire informatisée et en affichage dans les unités de soins. Le système documentaire intègre la majorité des documents internes. Des outils d'aide (guides de bonnes pratiques...) sont disponibles pour les professionnels et certains documents externes de référence.

Cependant, le contrôle du matériel nécessaire pour les urgences vitales (chariot d'urgence) n'est pas assuré sur l'ensemble des services. La procédure du contrôle mensuel du chariot d'urgence est appliquée partiellement au sein de l'établissement. Sur les deux services de médecine interne (cardio-pneumologie, rhumatologie) et le service de chirurgie (chirurgie viscérale), le chariot d'urgence a été contrôlé 3 fois en 2015 (janvier, février, juillet) et des contrôles partiels en 2014 (4 fois sur l'année).

La formation des professionnels à la gestion des situations d'urgences vitales n'est pas assurée régulièrement. Les actions de formation sur la gestion des situations d'urgences vitales n'ont pas été programmées sur les années 2014 et 2015 (trois premiers trimestres) auprès des professionnels médicaux et paramédicaux (sauf un IDE au SMU en 2014). Le plan de formation 2015 précise que ces actions seront proposées en interne dès fin 2015 et poursuivies sur 2016.

Les professionnels de santé ne sont pas formés au repérage et à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire. Aucune action de formation ou de sensibilisation sur le repérage ou la prise en charge du risque suicidaire a été planifiée ou réalisée au sein de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les projets et objectifs d'amélioration sont connus des professionnels rencontrés. Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues.

Le dispositif d'accueil est opérationnel et connu des professionnels. Un livret d'accueil est remis par le bureau des entrées en cas d'hospitalisation programmée ou par les personnels soignants. Les conditions de séjour sont expliquées par les professionnels d'admission et les professionnels soignants.

Les modalités d'évaluation clinique initiale du patient sont mises en œuvre dans un délai adapté aux exigences de sa prise en charge et permettent l'identification et la prise en compte de ses besoins. Les conclusions de l'évaluation initiale permettent d'élaborer le projet thérapeutique (SSR, UMG) et le projet personnalisé de soins en cancérologie. Le projet thérapeutique intègre la réflexion bénéfices/risques notamment lors d'actes et traitement à risque. En fonction des besoins du patient, un recours aux professionnels de rééducation, diététicienne, assistante sociale, psychologue, neuropsychologue est effectif. La traçabilité de leurs actes est effectué sur des supports dédiés intégrés au dossier patient.

Les réunions de concertation pluridisciplinaires sont mises en œuvre en cancérologie et tracées dans le dossier patient comme le confirment les résultats d'indicateurs (taux de traçabilité de la décision médicale s'élevant à 77%). Des réunions pluriprofessionnelles sont réalisées à périodicité définie dans les services de SSR et moyen séjour gériatrique avec l'ensemble des professionnels participant à la prise en charge du patient. D'autres mécanismes de concertation et d'information mutuelle des équipes sont en place dans les autres secteurs d'activité (réunions, relèves, ...).

Le dépistage des troubles nutritionnels est réalisé à l'admission du patient et tracé par les professionnels paramédicaux dans la majorité des secteurs d'activité. Les régimes alimentaires spécifiques sont prescrits par les médecins. En fonction des besoins du patient, les professionnels médicaux et paramédicaux sollicitent les diététiciennes.

Les secteurs d'activité collaborent entre eux pour réaliser une prise en charge multidisciplinaire. Des avis compétents (infectiologue, cardiologue...) sont recherchés dans l'établissement lorsque l'état de santé le nécessite. Pour assurer la prise en charge des urgences vitales, les coordonnées des spécialistes à appeler (médecins réanimateurs) sont disponibles dans toutes les unités et connues des professionnels.

En cas de repérage d'un patient à risque suicidaire lors de l'admission, celui-ci est réorienté dans un autre établissement spécialisé.

Un programme d'éducation thérapeutique est mis en œuvre au sein de l'unité de semaine de diabétologie. Un projet est déposé à l'ARS pour développer l'éducation thérapeutique auprès des patients atteints d'une spondylarthrite ankylosante. Par ailleurs, des actions d'éducation ciblées sont menées auprès des patients (patients présentant une lombalgie en rhumatologie, sous traitement AVK...). Des supports d'information sont remis au patient.

La sensibilisation et formation des professionnels est assurée pour les populations spécifiques : personnes atteintes d'un handicap, les patients porteurs de maladies chroniques (diabète, rhumatisme inflammatoire, cancer...), la personne âgée. Pour les personnes démunies, les professionnels ont recours au service social.

Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge du patient sont transmises aux professionnels d'aval lors de la sortie du patient (ordonnances des prescriptions médicamenteuses, des prélèvements biologiques et de location de matériel, la fiche de liaison IDE si des soins sont poursuivis...). Pour les transferts externes et interne, une synthèse médicale est ajoutée. Un courrier de

fin d'hospitalisation est généralement transmis aux correspondants d'aval dans les délais réglementaires (75% en MCO et 86% en SSR).

Cependant, les éléments permettant le dépistage des troubles nutritionnels ne sont pas tracés de façon systématique dans le secteur SSR (Résultats scope santé 2015 SSR (suivi du poids) : 63%).

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'activités).

L'établissement participe aux campagnes de relevé des indicateurs IPAQSS transversaux et de spécialités, pour évaluer la conformité de certaines pratiques au travers de leur traçabilité. Des audits de dossier trimestriel sont effectifs.

L'exploitation des questionnaires de sortie permet également de mesurer la satisfaction des patients concernant certains segments du processus. Des démarches d'Évaluation des Pratiques Professionnelles sont en cours sur certains thèmes transversaux ou spécifiques à certains secteurs d'activité (parcours de soins des patients hospitalisés pour un diagnostic d'anémie avec ou sans extériorisation digestive, chutes...). Le recueil des événements indésirables contribue à l'évaluation des pratiques. Des méthodes d'analyse des événements indésirables sont utilisées (RMM, REMED, CREX).

Cependant, l'organisation de la prise en charge des urgences vitales n'est pas évaluée. Des modes d'évaluation et indicateurs ont été définis au cours de la visite notamment un audit sur le contrôle mensuel du chariot d'urgence et le suivi du nombre de personnels formés.

Le dispositif de prise en charge du risque suicidaire n'est pas évalué.

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'action institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont utilisés : réunions, journal interne, intranet, affichage.

La communication des résultats est réalisée auprès des professionnels et des usagers (réunions de la CRU, affichage..).

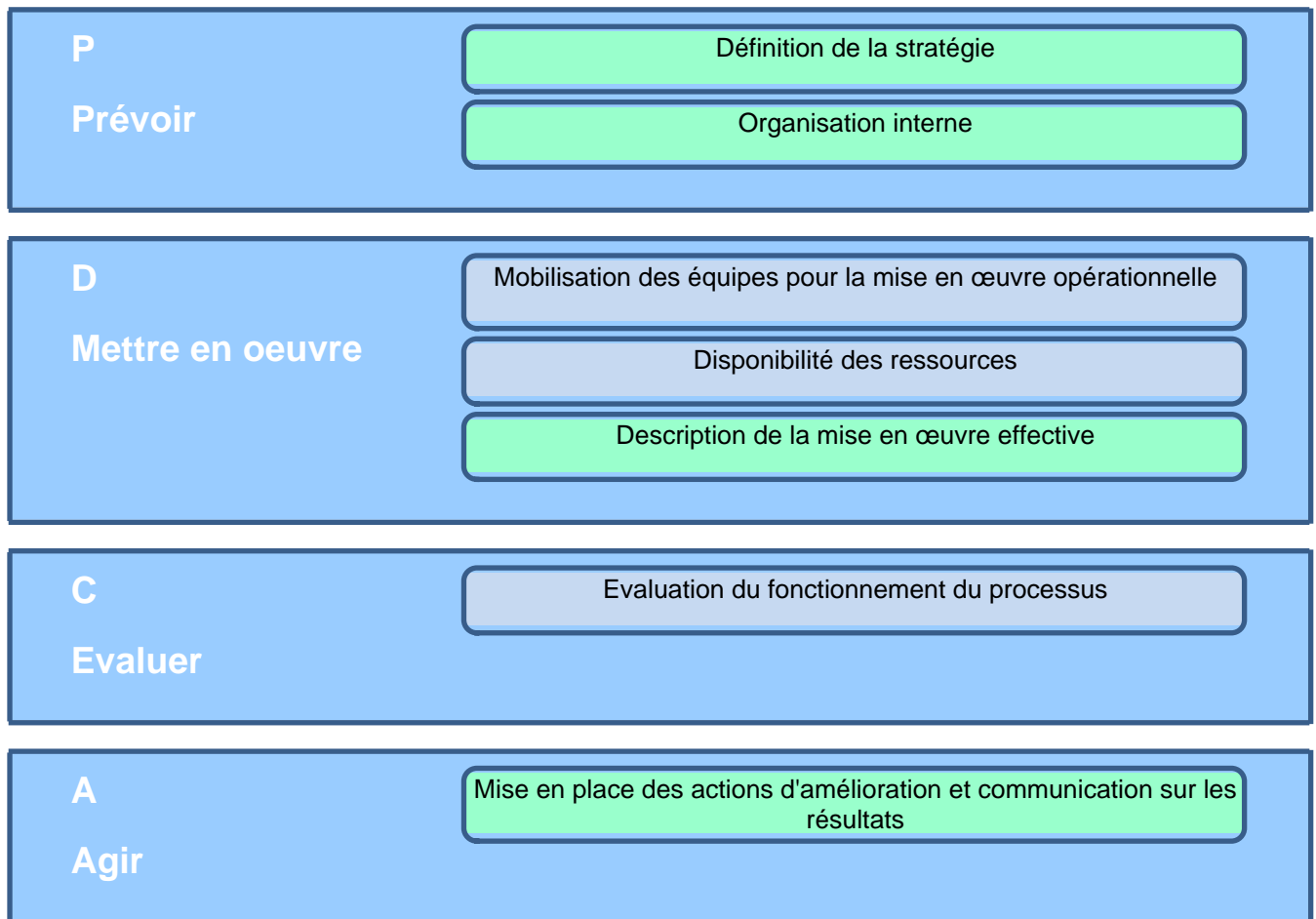
DOSSIER PATIENT

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

La mission de gestion du dossier patient a été confiée à un groupe de travail pluriprofessionnel. Les sources de données exploitées par ce groupe ont été les demandes exprimées par les professionnels du terrain pour faire évoluer les éléments du dossier patient, les résultats des IQSS le concernant et les fiches d'événements indésirables (EI) sur le dossier patient. Certaines demandes des tutelles (fiche Ebola, BMR..) et l'évolution des besoins liés à l'informatisation ont été également pris en compte.

A partir de ces données les risques principaux ont été identifiés dans le Compte Qualité. Leur criticité a été déterminée en réunion pluriprofessionnelle avec la participation du groupe des IDE référentes du dossier et en utilisant en particulier les niveaux de gravité et fréquence des EI concernés. Les observations issues de la V2010 (éloignement des locaux d'archivage) y ont été intégrées. La méthodologie, mise en œuvre avec l'aide de la direction Qualité, est celle présentée par le compte qualité HAS.

Un plan d'actions prioritaires a été défini au vu de cette analyse des risques.

Les objectifs et actions identifiés par le groupe de travail dossier du patient et décrits dans le compte qualité ont été intégrés dans le PAQSS de l'établissement avec un suivi du tableau de bord des indicateurs nationaux (IQSS) et locaux (audits trimestriels).

Cependant, la stratégie de l'établissement concernant la gestion du dossier patient n'est pas formalisée dans un document cadre, ni précisée dans un document institutionnel comme le projet d'établissement et n'est donc pas validée par les instances (CME et SIRMT).

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus dossier du patient. Le groupe constitué est copiloté par 3 personnes : une Cadre supérieur de santé qui en est la référente principale et qui gère en particulier le groupe des IDE référentes du dossier (une IDE référente par unité médicale). Le deux autres copilotes sont un médecin du secteur SSR qui a en charge le volet médical du dossier patient et une attachée d'administration hospitalière qui s'occupe du volet administratif.

Les autres membres du groupe sont des personnes ressources pour le secrétariats médicaux, les archives et le système d'information.

Au regard des missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins dans la gestion du dossier en ressources humaines (effectifs des secrétariats, formation des nouveaux arrivants), matérielles (équipements informatiques et supports papiers) et documentaires (classeurs et base documentaire en ligne). Les règles de gestion du dossier ont formalisés dans des procédures et comportent les indications sur les responsabilités, tenue, confidentialité, composition, archivage... nécessaires pour assurer la conformité de son utilisation.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels: fiches de liaison interservices, fiche de liaison service-bloc, serveur de résultats de biologie, imagerie par PAQSS disponible dans les services.

Cependant, les rôles et responsabilités des pilotes du processus dossier ne sont pas formalisés dans des fiches de poste ou de mission.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnel propres aux différents secteurs d'activité sont établis par le pilotage du processus dossier et transmis aux services concernés lors des réunions cadres ou des réunions de CME. Les cadres de santé sensibilisent leurs agents sur les risques identifiés et sur les procédures nouvelles ou modifiées s'appliquant dans leur secteur d'activité.

Chaque unité a une IDE référente du dossier, également en charge de la diffusion des informations sur la déclinaison du programme d'action dans son unité de soins.

Les objectifs spécifiques de l'unité (indicateur IQSS cible...) sont établis chaque trimestre en réunion d'encadrement au vu des résultats

Les actions correctives retenues dans ce cadre sont élaborées avec l'aide des infirmières référentes et avec l'avis des médecins concernés, régulièrement informés par les pilotes du processus dossier.

Des groupes experts comme le groupe "filiale chirurgicale" de composition pluriprofessionnelle sont également chargés de l'analyse de EI les concernant et des propositions d'actions correctives.

L'information auprès de l'ensemble des agents est effectuée en particulier lors des relevés par le cadre

responsable et par voie d'affichage dans les postes de soins.
Chaque unité de soins participe à un audit trimestriel avec un tirage au sort de 5 dossiers de patients, analysés par la cellule qualité selon la méthodologie IQSS. Les EI sur le dossier sont également analysés et les professionnels concernés sont informés de l'ensemble des résultats.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériels et documentations nécessaires pour la gestion du dossier patient sont disponibles dans les secteurs d'activité.

Les secrétaires médicales représentent 49 ETP et sont présentes dans chaque unité de soins. Des formations sur la gestion du dossier sont réalisés pour les nouveaux arrivants avec des supports pédagogiques (diaporama). L'équipement présent comprend les différents supports papiers qui structurent le dossier médical et le dossier de soins, l'équipement informatique avec des postes fixes dans les unités de soins et les bureaux médicaux et plusieurs postes mobiles dans chaque unité de soins. Un système de dictée numérique intégrée au système d'information permet une gestion optimisée des courriers de sortie avec une mutualisation des tâches entre secrétariats.

La base documentaire en ligne permet d'assurer la disponibilité des procédures ou autres documents nécessaires pour la gestion du dossier. Ces documents sont accessibles sur l'ensemble des postes de travail et pour l'ensemble des professionnels concernés par leur consultation.

Le service d'archivage assure la disponibilité des dossiers avec 2 livraisons par jour et l'historique des données informatisées : courriers de sortie, résultats de biologie, compte-rendus opératoires ou d'imagerie est toujours accessible en ligne.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre des procédures établies pour la gestion du dossier est réalisée de façon conforme dans les différents secteurs d'activité.

La présence des éléments nécessaires pour respecter la réglementation de la composition du dossier a été constatée lors des visites des unités de soins : motif d'hospitalisation, antécédents et examen initial, observations régulières médicales et soignantes, compte-rendus opératoires et d'examens, ordonnances de sortie...

Ces constatations sont confirmées par les derniers résultats des IQSS de tenue du dossier qui sont tous de niveau A, en secteur MCO et en secteur SSR, ainsi que l'IQSS sur les RCP.

Les délais définis pour l'accès du patient à son dossier sont respectés. Dès lors que les délais commencent à dépasser le délai réglementaire de 8 jours, des actions correctives sont mises en place.

Les interfaces entre les différentes unités et plateaux techniques sont opérationnelles avec l'utilisation de fiches de liaisons et la transmission du dossier entre les unités. La communication en temps utile des lettres de sortie aux correspondants externes est actée par l'IQSS DEC (délai d'envoi du courrier) qui est de niveau A en SSR (86%) et de niveau B en MCO (75%).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la gestion du dossier sur la base d'indicateurs identifiés: Les IQSS biannuels qui sont complétés par une analyse trimestrielle de 5 dossiers par unités de soins. La saisie de ces audits réguliers qui utilisent la méthodologie et les items des IQSS est réalisée par le cadre et l'IDE référente du dossier. L'analyse est assurée par le service Qualité qui communique les résultats globaux et spécifiques de chaque unité de soins en réunion d'encadrement.

Les cadres des unités assurent l'information de l'ensemble des agents lors des relevés, réunions de service ou de synthèse et par voie d'affichage.

A / AGIR

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

Au vu des résultats des évaluations des actions d'amélioration sont mises en place et s'articulent avec le PAQSS institutionnel. Récemment, en fonction de l'IQSS DAN (dossier d'anesthésie) une action a porté sur la surveillance de la douleur et sur une modification du formulaire de sortie en SSPI.

L'IQSS sur les troubles nutritionnels a fait modifier les feuilles de surveillance avec ajout d'un item sur le poids habituel. Enfin l'action corrective sur les délais de transmission du dossier, déterminé par l'indicateur correspondant a été demandée par la CRU.

La communication des résultats de ces actions se fait par les différents canaux disponibles : affichage, mise en ligne sur l'Intranet, journaux d'information interne et communication directe aux équipes.

La communication auprès des usagers est faite par voie d'affichage réglementaires et par le site Internet de l'établissement : lien avec Scope Santé, résultats des enquêtes ISATIS...

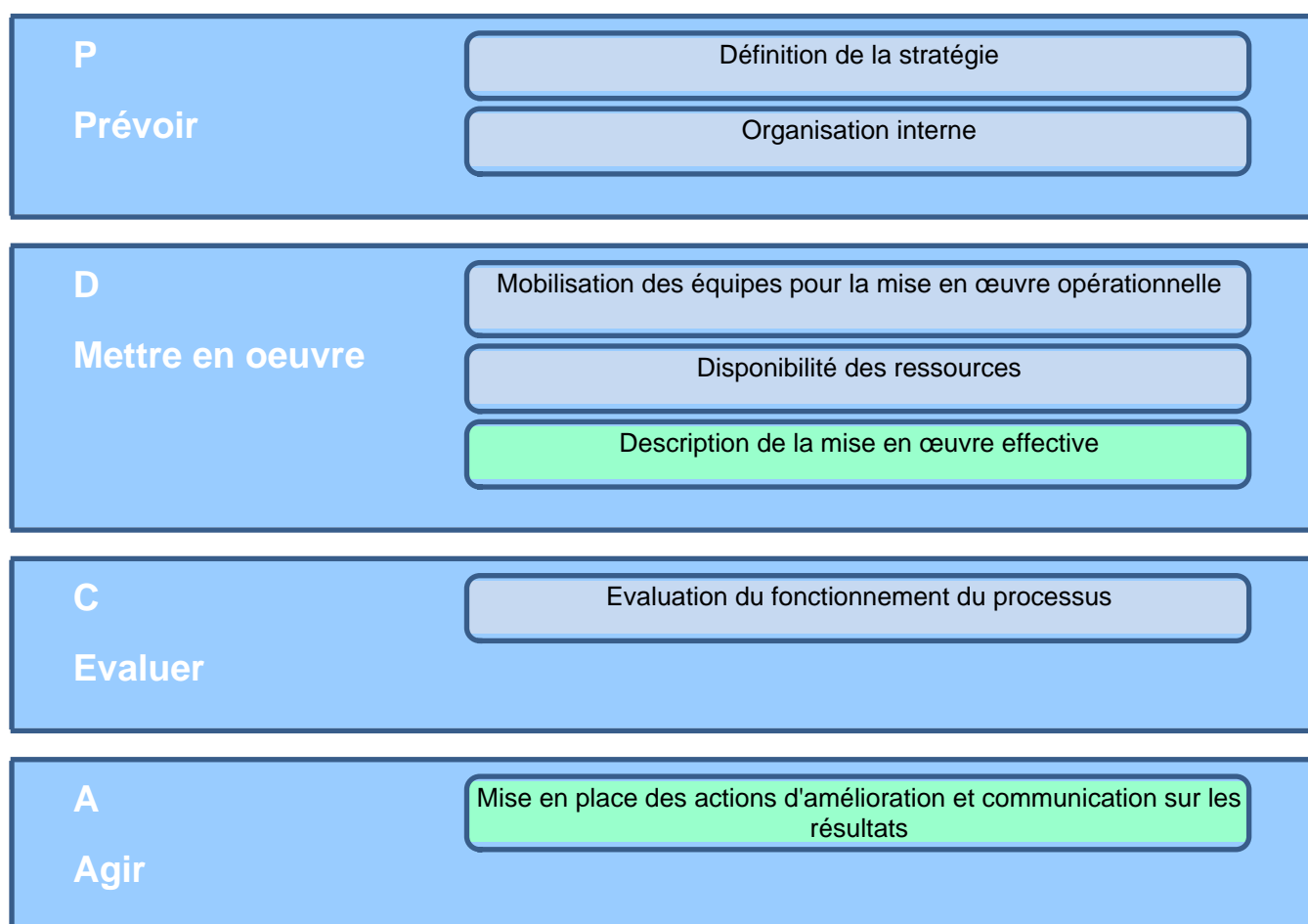
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La gestion du processus de la prise en charge médicamenteuse doit assurer la conformité du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse (SMQPECM) qui fait par ailleurs l'objet d'un contrat annuel de bon usage du médicament (CBUM) établi avec l'ARS de l'établissement.

Les données utilisées pour structurer l'analyse des risques dans ce domaine sont les EI, les exigences réglementaires, les objectifs du CBUM, les recommandations des visites de l'ARS, les résultats des IQSS ou des audits locaux et les observations et décisions de la certification HAS V2010.

L'identification des risques principaux a été réalisée dans le CQ, selon la méthodologie préconisée et avec l'aide du service Qualité.

La criticité est basée sur l'analyse des gravités et fréquences des EI et a été menée en groupe pluriprofessionnel avec la participation des IDE référente du médicament.

La stratégie de l'établissement est formalisée dans le document "Politique de la prise en charge médicamenteuse" et validée institutionnellement (CME et Directoire). Des dispositions spécifiques au sujet âgé (garantie de la juste prescription) sont précisées dans cette politique.

Un programme d'actions prioritaires a été établi en concertation avec les professionnels concernés. Ces actions sont structurées : objectifs, responsables, échéances, indicateurs de suivi.

Elles sont présentes dans le compte qualité et intégrées dans le PAQSS de établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Une pharmacienne est pilote du processus, épaulée par deux co-pilotes, un médecin gastro-entérologue et une CSS en mission transversale. Deux responsables PECM ont été nommés en CME à savoir un pharmacien et un médecin. Ces deux responsables pilotent la cellule SMQ PECM qui comprend le directeur qualité, un CSS en mission transversale et le responsable qualité. La pilote du processus est désignée comme responsable du SMQPECM et sa fiche de mission est formalisée.

L'organisation de la permanence pharmaceutique H24 permet d'éviter tout accès à la PUI fermée par des professionnels non autorisés.

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

L'effectif habituel est de 4 pharmaciens (praticiens et assistants) et d'un interne en pharmacie. Des formations à la méthodologie CREX et REMED ont été effectuées pour garantir les compétences en matière de gestion des risques.

Le plan d'informatisation de la prescription connectée est en voie d'achèvement. L'ensemble des unités de soins MCO et SS en hospitalisation complète sont informatisées à l'exception de la Maternité et des soins continus.

Le système documentaire en ligne permet la disponibilité des procédures et protocoles nécessaires dans les unités de soins.

Le logiciel de prescription/administration permet de gérer en temps réel l'interface entre la PUI et les unités de soins avec les échanges de messages entre prescripteurs et pharmaciens.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le déploiement de l'informatisation complète du circuit du médicament constitue l'ossature du plan d'action institutionnel mais se décline selon les spécificités des secteurs d'activité.

En SSR, les formations sur le nouveau logiciel de prescription à vocation territoriale sont programmées.

En MCO, un logiciel de transition a été déployé. L'informatisation de la Maternité est programmé pour le mois d'octobre 2015.

Dans chacune des unités, l'IDE référente du circuit du médicament est en charge de la transmission d'information spécifique à son secteur et participe à la réflexion collective sur l'identification des risques.

Les cadres des unités sensibilisent leurs agents sur les risques identifiés, en particulier sur le stockage et l'administration des médicaments à risque. Des actions correctives sont identifiés en cas de besoin (mise en place d'une procédure spécifique sur le KCL injectable par exemple).

Les événements indésirables liés au circuit du médicament sont analysés par le groupe expert "Pharmacie" et font l'objet pour certains de CREX et de REMED. 3 REMED ont été effectués en 2014 et 4 en 2015. Un CREX Pharmacie est organisé mensuellement depuis peu.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matérielles et documentation sont disponibles dans les secteurs.

Les effectifs médicaux, pharmaciens et soignants sont conformes aux règles de bonne pratique. Des formations sur les erreurs médicamenteuses ont été organisées avec un formateur externe en 2012 et 2013 et des sensibilisations régulières sont faites à travers la lettre du COMEDIMS. Les Pharmaciens ont suivis des formations CREX et REMED.

L'équipement informatique nomade permet d'assurer le fonctionnement de la prescription connectée dans les unités de soins, ainsi que la validation pharmaceutique et la traçabilité de l'administration. La prescription informatisée ne peut être saisie que par les médecins habilités sur identification sécurisée.

Dans les unités utilisant une prescription sur papier, celle-ci se fait sur des supports uniques de prescription/administration sans risque de transcription.

La base en ligne assure la disponibilité et l'actualisation des documents nécessaires sur chaque poste de travail.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les procédures et protocoles établis pour le circuit du médicament sont mis en œuvre dans chaque secteur d'activité pour assurer la conformité des prescriptions, dispensation et administration. Il existe une procédure pour la prise en charge du traitement personnel du patient et elle est appliquée pour chaque séjour permettant une continuité du traitement médicamenteux de l'admission à la sortie.

Les bonnes pratiques de chimiothérapie sont assurées avec une convention de dispensation par l'ICL de St Etienne.

Les règles de transport sont respectées permettant d'assurer la chaîne du froid (pochettes jaunes) et de gérer les médicaments à risque (pochettes rouges).

Les règles d'administration sont appliquées avec validation et traçabilité au moment de la prise.

L'information des patients sur le bon usage des médicaments au long cours est assurée par différents documents, comprenant pour la diabétologie des questionnaires de vérification des connaissances des patients.

La validation pharmaceutique a priori du traitement complet du patient est réalisée pour les unités informatisées. En fonction de l'effectif des pharmaciens elle est exhaustive ou modulée en fonction du risque patient ou du risque produit.

Cependant, le développement de l'analyse pharmaceutique des prescriptions n'est pas engagé dans les deux seules unités d'hospitalisation complète non informatisées : maternité et surveillance continue. Il n'existe aucun mode de transmission des prescriptions à la Pharmacie et donc aucune validation pharmaceutique lors des séjours des patients.

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.

Le CBUM annuel comprend des audits cliniques sur les phases de prescription, dispensation et administration ainsi que sur la chimiothérapie.

D'autres audits de procédure ont été récemment effectués : sur le fer injectable, sur le PPSB, sur le traitement personnel du patient, la préparation des piluliers (ou piluliers) et l'administration des stupéfiants oraux.

L'IQSS bisannuel de tenue du dossier comporte l'indicateur de conformité des prescriptions.

Un recueil d'EI en nombre significatif (35 EI médicamenteux en 2014) permet l'organisation de REMED (4 en 2015) et de CREX mensuels.

A / AGIR

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

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

Les plus récentes mises en œuvre sont sur l'actualisation du protocole REMICADE avec un nouveau plan de soins et le surétiquetage des médicaments non identifiables hors plaquette.

Des supports et modalités de diffusion sont établis et la communication des résultats et des actions est réalisée, en interne comme en externe, notamment auprès des professionnels et des usagers : création de flyers "Moi et mes médicaments", communications lors de la semaine annuelle de sécurité des patients, utilisation du journal interne du COMEDIMS.

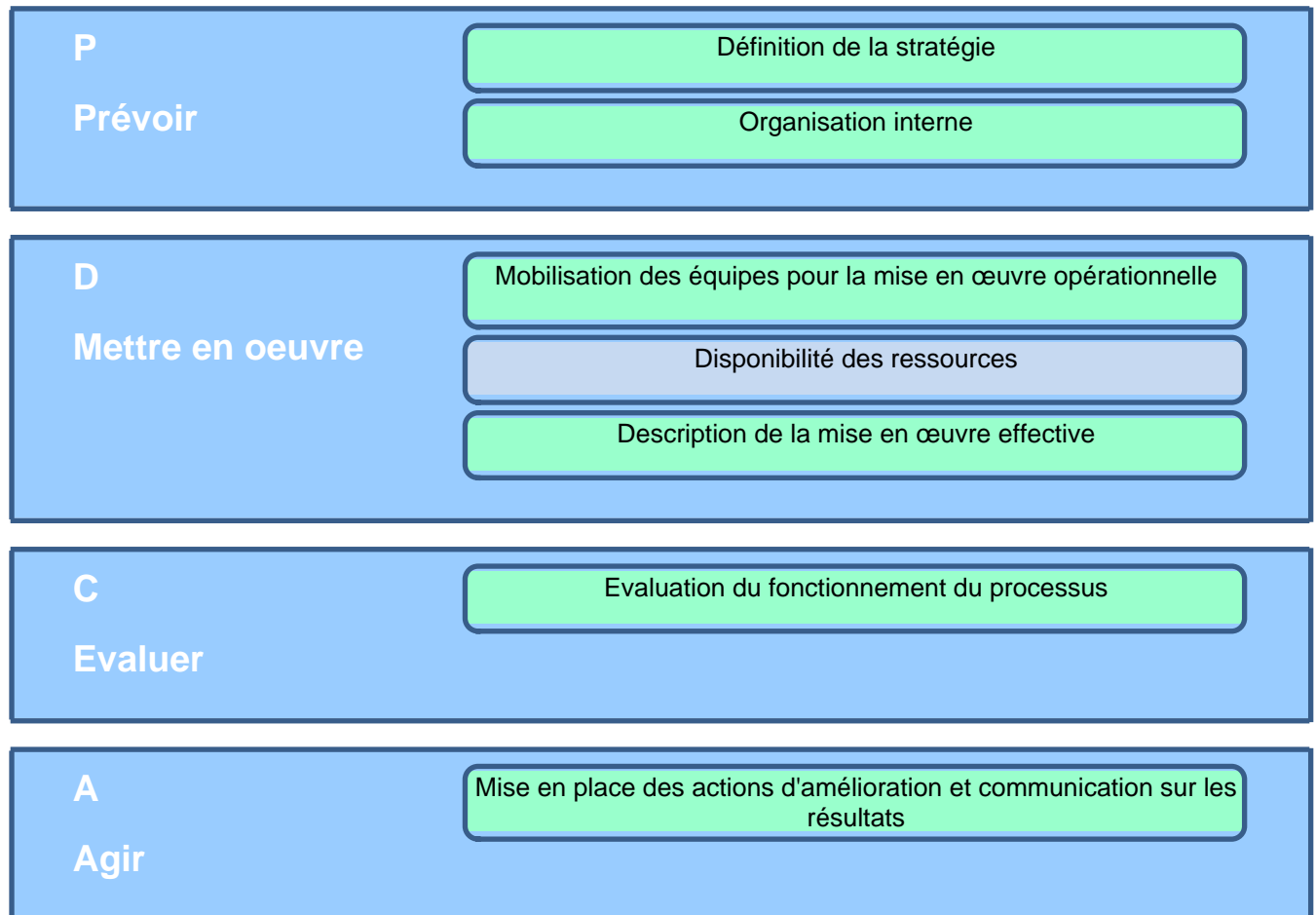
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé sa politique de prise en charge des urgences et des soins non programmés en prenant en compte les besoins de l'établissement, les besoins du territoire de santé, les politiques régionales.

La Structure de Médecine d'Urgence (SMU) et des soins non programmés qui dispose d'une autorisation d'activité fonctionne en continu et est contiguë à l'unité d'hospitalisation de courte durée (U.H.C.D.). La S.M.U. est intégrée au réseau des urgences de la région : RELIAN. Elle accueille des patients vulnérables, porteurs de handicap, de malades chroniques, des patients âgés, des patients démunis et en première intention des enfants. Elle identifie les besoins de l'établissement pour toutes les étapes de la prise en charge aux urgences et au regard des différentes populations accueillies.

La politique de prise en charge des urgences, validée par les différentes instances, est révisée au moins annuellement en associant les acteurs concernés. Elle est intégrée au projet d'établissement.

L'établissement a réalisé à partir de l'analyse des E.I. et d'une cartographie des risques une analyse des risques associés à la prise en charge des urgences et des soins non programmés. Par exemple : absence de formalisation de l'offre spécifique pour la prise en charge des soins non programmés directement dans les secteurs de soins, risque de violence aux urgences.

ORGANISATION INTERNE

L'organisation du service est précisée dans son règlement intérieur. Celui-ci décrit notamment le système d'admission des patients à partir des urgences ainsi que les modalités d'accueil des populations vulnérables. Les principales filières d'accueil sont identifiées en tenant compte des besoins humains, matériels et documentaires définis pour chacune d'entre elles. Des circuits d'accueil et de prise en charge sont organisés selon le degré d'urgence et de typologie des patients.

Le service des urgences est impliqué dans la définition du plan blanc et a défini les modalités d'accueil, de flux et de circulation des patients dans des situations d'urgence particulières.

Les interfaces, avec les sites d'urgence du territoire, les secteurs d'activité clinique de l'établissement, les secteurs médico-techniques, les secteurs techniques et logistiques mais aussi les secteurs d'activité clinique des établissements voisins sont définies et opérationnelles.

L'établissement a formalisé l'organisation du recours aux spécialistes (conventions, procédures).

Une commission des urgences à laquelle participent le président de la C.M.E, le chef de service des urgences et des autres services, de la directrice, de la directrice des soins et de l'administration de l'établissement. Son fonctionnement est formalisé (fréquence des réunions, comptes rendus, suivi des décisions prises).

L'établissement est membre d'un réseau des urgences (RELIAN). Les coopérations et les partenariats au sein de ce réseau sont formalisés (conventions, échanges d'informations,...). L'organisation de ce réseau est connu des acteurs de santé du territoire.

Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis dans des fiches de poste.

L'établissement met en place des actions de formation à l'accueil et à l'orientation des patients. Cette formation tient compte de l'identification des besoins des professionnels dans ce domaine.

Les ressources documentaires nécessaires à la prise en charge des urgences et des soins non programmés sont définies, formalisées, connues, accessibles et validées. L'établissement s'est doté d'un logiciel de documentation dans lequel sont intégrés les procédures, les projets de service (exemple : gestion de l'agressivité aux urgences, amélioration de l'accueil aux urgences), les supports de déclaration des E.I.

Le circuit des interfaces est organisé avec les secteurs concernés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement définit des objectifs d'amélioration précis et mesurables qu'il inscrit dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement.

Les personnels des urgences sont sensibilisés aux enjeux de l'identification du patient.

L'établissement assure la mobilisation et la coordination de toutes les compétences utiles autour du processus. La vérification de la conformité des pratiques aux dispositions attendues est assurée par les

responsables des unités.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources nécessaires à la prise en charge des urgences et soins non programmés sont disponibles. Des créations et/ou recrutement ont été réalisés. Des actions de formation sont mises en œuvre. Les plannings médicaux et paramédicaux sont établis en conformité avec la réglementation et sont respectés.

La gestion documentaire est en place. Les procédures nécessaires à la prise en charge en urgence des patients sont formalisées et mis à la disposition des professionnels. Des documents d'information sont mis à disposition des patients et de leur entourage.

La configuration des locaux prend en compte la réglementation et les recommandations dans ce domaine (circulation, polyvalence des zones, sécurité, surveillance, confidentialité, salles d'attente des patients et familles). Il existe un dispositif structuré d'entretien et de maintenance curative et préventive des matériels et des équipements biomédicaux et non biomédicaux (contrats d'entretien, gestion des pannes).

Le système d'information, permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients aux urgences.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le management et les équipes des secteurs d'activité clinique et médico-technique s'impliquent dans les actions d'amélioration définies en lien avec les orientations de l'établissement. Les professionnels participent au signalement et à l'analyse des E.I. et des E.I.G. en lien avec cette thématique.

L'établissement a mis en place une organisation permettant de connaître la disponibilité des lits en temps réel. Les services d'aval sont impliqués dans cette organisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement a formalisé un circuit de recueil et d'analyse des dysfonctionnements liés à la prise en charge des urgences.

Le dispositif est connu des professionnels. Ceux-ci sont informés sur les enjeux et le circuit de recueil des dysfonctionnements mis en place.

Les dysfonctionnements sont analysés en équipes pluri-professionnelles (R.M.M, C.R.E.X) et les résultats de ces analyses font l'objet d'une information auprès des professionnels concernés.

Des modalités d'évaluation régulière du processus de prise en charge des urgences et des soins non programmés au sein de l'établissement sont définies. La Commission des urgences mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs, rapport d'activité annuel....) et communique sur les résultats obtenus.

Des modalités d'évaluation régulière du processus de prise en charge des urgences et des soins non programmés au sein de l'établissement sont définies.

La Commission des urgences mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs par exemple tableau de suivi des lits de sécurité, rapport d'activité annuel).

A / AGIR

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

La stratégie de l'établissement ainsi que le programme d'amélioration sont réajustés en fonction des résultats des évaluations.

La Commission des urgences communique sur les résultats obtenus.

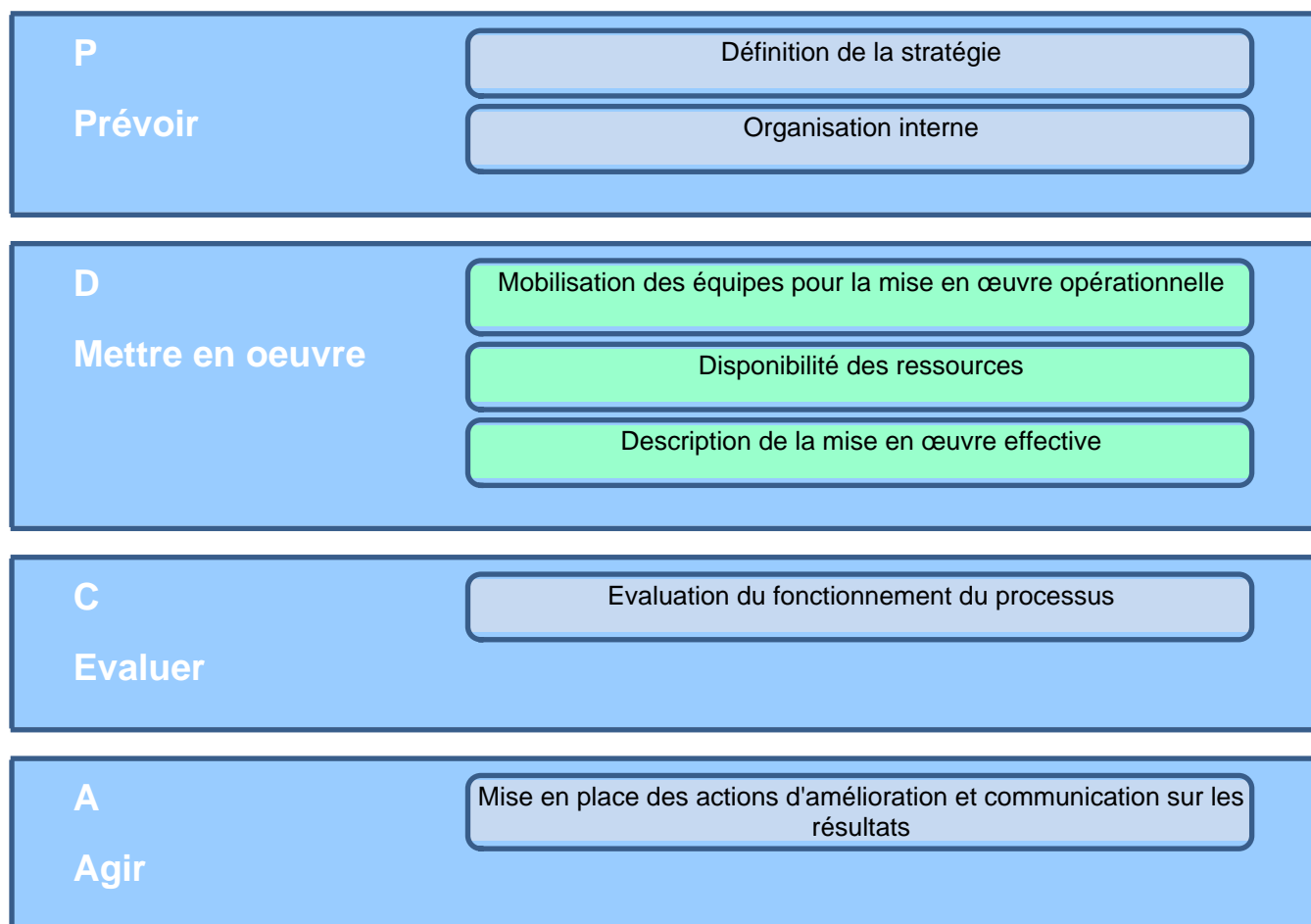
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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 du CH du Pays de Gier comprend 6 salles d'intervention pour l'activité de chirurgie (y compris les césariennes) et les endoscopies avec anesthésie. La SSPI comporte 8 postes.
Les différentes activités opératoires sont définies avec un pilotage institutionnel commun (Conseil de bloc) dans un document stratégique défini (Charte de bloc), connu des professionnels et validé par les instances (CME).
Une stratégie et des objectifs ont été élaborés sur la base d'une identification des missions, du contexte et d'une analyse des risques au bloc opératoire, propres à l'établissement.
Les risques ont été regroupés selon un Parcours patient au bloc opératoire (phases pré, per et post opératoires). Cette analyse des risques est hiérarchisée (niveau de criticité) et intégrée dans le CQ selon la méthodologie prévue.
Les processus à risque ont été identifiés par un groupe pluri professionnel (Cartographie des risques au bloc opératoire), hiérarchisés et intégrés dans le PAQSS de l'établissement (plan d'actions, suivi des actions, évaluation des résultats, indicateurs).
Des plans d'action prioritaires ont été définis et intégrés dans le PAQSS de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est définie pour piloter le processus bloc opératoire. Les rôles et responsabilités du binôme (président du conseil de bloc, chef de bloc) animant le conseil de bloc sont identifiés. Ils sont formalisés pour le chef de bloc dans sa fiche de poste.
Au regard des missions et des risques identifiés au bloc opératoire, l'établissement a organisé les ressources humaines (dont les gardes et astreintes), matérielles et documentaires pour atteindre les objectifs fixés.
L'organisation de cette mise à disposition en temps utile (y compris pour l'urgence) des ressources nécessaires est effective.
La gestion des interfaces et des circuits est organisée pour faciliter la concertation entre les secteurs d'activité (fiche de liaison bloc-service, dossier d'anesthésie, gestion informatisée en SSPI des prescriptions post opératoires pour le service d'aval...).

La démarche qualité au bloc opératoire est déployée et actualisée en articulation avec le PAQSS de l'établissement.
La diffusion de cette culture qualité est assurée au sein du bloc opératoire (Conseil de bloc, tableaux de bord, affichage interne...).

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management du bloc opératoire, compte tenu des risques et besoins identifiés, a décliné de la démarche institutionnelle des objectifs ciblés et un plan d'actions opérationnel.
Les responsables du secteur d'activité (dont le chef de bloc) informent les professionnels sur le processus "bloc opératoire" et les sensibilisent aux risques identifiés ainsi que sur les résultats des actions entreprises.
Les responsables du bloc opératoire s'assurent, par des audits, de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues.
Toutefois les compétences nécessaires en radioprotection ne sont pas pleinement satisfaites. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement ou de résultats non optimaux d'indicateurs d'activité.
En revanche, 6 professionnels travaillant au bloc opératoire n'ont pas reçu de formation à la radioprotection. Pour 4 d'entre eux celle-ci est programmée fin 2015.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La régulation des activités du bloc opératoire est organisée, afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité du patient, pour la chirurgie programmée, l'activité ambulatoire et l'urgence chirurgicale.
La planification hebdomadaire (et son actualisation si nécessaire) est informatisée.
Les ressources en compétence, matériel et documentation sont disponibles dans le secteur d'activité bloc opératoire.
La gestion documentaire spécifique au bloc opératoire (composition des boîtes d'instrument, installation de l'opéré) est organisée et connue des professionnels.
Néanmoins, les supports de rédaction (composition des boîtes d'instrument, installation de l'opéré) ne

sont pas au format qualité et le plus souvent non indexés. Certains documents ne sont pas datés ni validés ou ne comportent pas de mention de l'établissement.

4 salles d'intervention ont une circulation de l'air avec surpression, dont une salle ISO 5 pour la chirurgie orthopédique. Toutefois, l'organisation pour assurer et maintenir la qualité de l'air au bloc opératoire n'est pas assurée. 2 salles ne sont pas équipées de surpression, l'une est utilisée pour l'activité d'endoscopie, l'autre pour la chirurgie septique. Les travaux de mise en conformité de ces 2 salles sont prévus sans calendrier de réalisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur bloc opératoire met en oeuvre l'organisation définie pour le fonctionnement avec les secteurs d'amont et d'aval (fiche de liaison, dossier d'anesthésie), permettant l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs sur la prise en charge péri opératoire. Ces interfaces sont opérationnelles. La traçabilité des actions est réalisée.

La recherche de la satisfaction des partenaires du bloc est réalisée lors de réunions semestrielles de la Commission des utilisateurs du bloc opératoire. La mise en oeuvre de la check-list "Sécurité du patient au bloc opératoire" est effective pour toute intervention par l'équipe opératoire. La traçabilité des dispositifs médicaux implantables et des actes, incluant les vérifications est effective, sur support papier.

La traçabilité des ouvertures de salle est organisée et effective.

L'appel du lendemain est organisé et effectif en chirurgie ambulatoire.

Néanmoins, les professionnels n'ont pas connaissance de modalité opérationnelle en cas d'un patient non joignable le lendemain.

En cas d'appel sans réponse d'un patient à J1 d'une PEC de chirurgie ambulatoire, il est noté "injoignable" sur le DPA sur un seul appel sans réitération.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur d'activité assure régulièrement l'évaluation et le suivi de l'activité ainsi que de la mise en oeuvre des actions sur la base d'outils (tableaux de bord) qualitatifs et quantitatifs.

Ce dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (taux d'occupation des salles, taux de débordement, retards...) et qualitatifs (dysfonctionnements...) est suivi (Conseil de bloc).

Un recueil et une analyse des événements indésirables avec implication des professionnels et retour d'expérience sont organisés selon deux modalités : l'analyse des dysfonctionnements (interne) et celle des EI (via la cellule qualité). L'analyse synthétique des dysfonctionnements comme des EI est faite en Conseil de bloc.

Les EIG et certains EPR font l'objet de retour d'expérience (CREX) dont la fréquence est mensuelle en 2015 et la synthèse présentée en Conseil de bloc.

L'établissement s'est inscrit dans une démarche de benchmarking du bloc opératoire, dans le cadre d'un appel à projet national.

A / AGIR

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

Les actions mise en oeuvre sont articulées avec le PAQSS institutionnel.

La communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels (Conseil de bloc, réunions de service, affichage interne).

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre et suivies, avec les professionnels, au regard des résultats obtenus, dont ceux issus du benchmark.

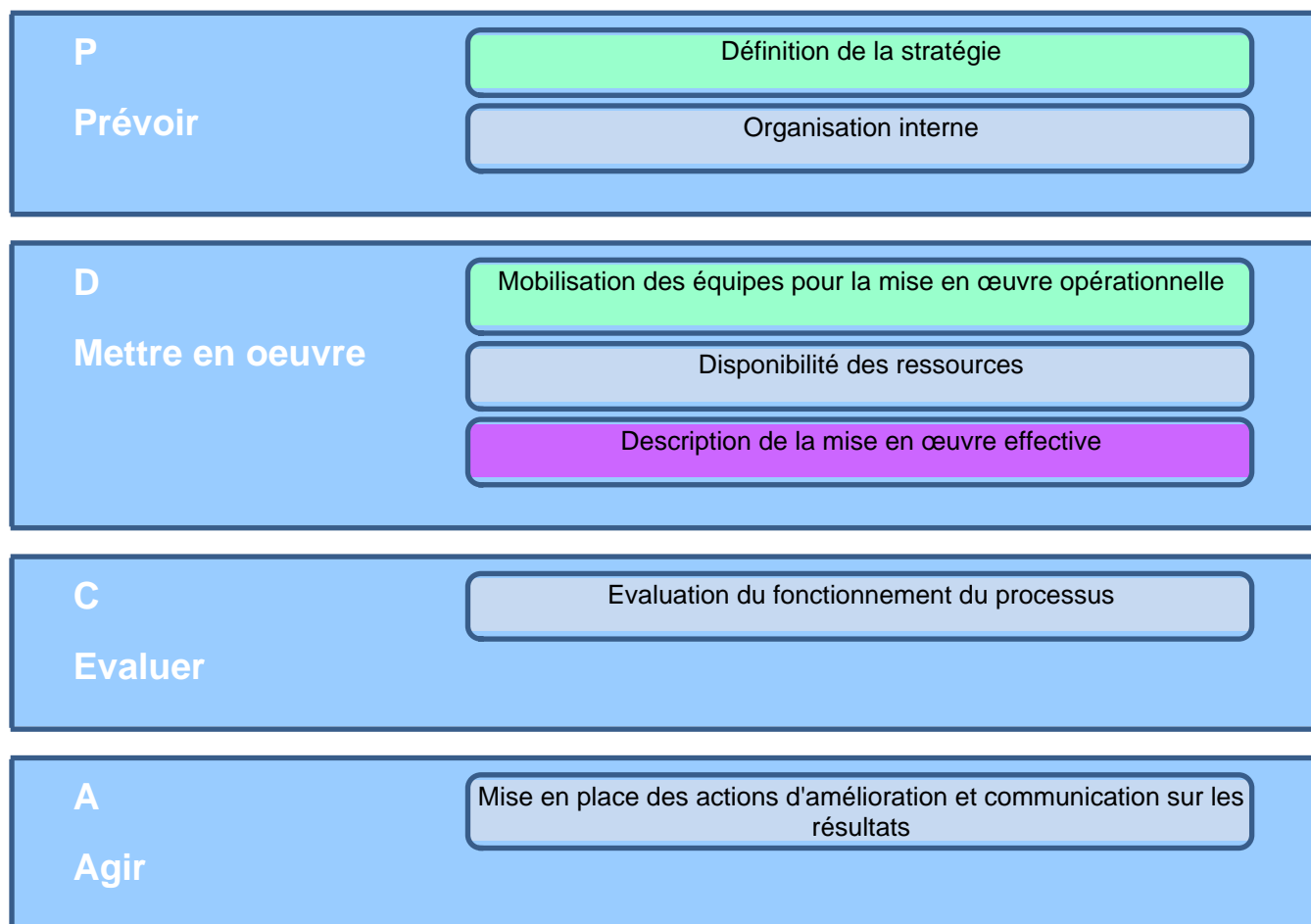
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN IMAGERIE INTERVENTIONNELLE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe un seul secteur d'activité réalisant des actes de radiologie interventionnelle sur 2 salles situées dans le service d'imagerie.

L'analyse des risques a été effectuée à partir des données issues des recommandations de l'ASN, des visites d'autorisation d'activité de l'ARS, des événements significatifs en radioprotection et de l'analyse des EI et des RMM en imagerie.

L'identification des risques a été faite de façon collégiale ainsi que sa hiérarchisation selon la méthodologie AMDEC et avec l'aide de la cellule qualité. Une cartographie globale des risques en imagerie a été réalisée et la partie concernant l'imagerie interventionnelle a été intégrée au compte qualité.

Des actions d'amélioration, intégrées secondairement dans le PAQSS de l'établissement ont été définies.

Une stratégie et des objectifs, élaborée à partir du contexte et des missions de l'établissement a été formalisée. Elle précise les gestes interventionnels réalisables dans l'établissement, les besoins en ressource humaine et équipements nécessaires ainsi que les modalités de prise en charge externe des principales complications.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter la prise en charge des patients dans ce secteur à risque. Elle est placée sous la responsabilité d'un médecin radiologue complétée par le cadre de l'imagerie et l'équipe des manipulateurs en radiologie.

Au regard de la stratégie établie, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à la réalisation des actes d'imagerie interventionnel qu'il a sélectionnés. Une formation spécifique à la radiologie interventionnelle, assurée par le CHU de St Etienne, a été suivie par 4 manipulateurs. Les compétences nécessaires sont complétés pour le risque lié à la dosimétrie (professionnel et patient) par la déléguée en radio-protection et par la disponibilité en temps partagé d'un médecin radiophysicien. Une salle de scanner et une salle équipé d'un capteur plan permettent la réalisation de cette activité.

La documentation nécessaire a été réalisée pour chaque type d'actes sous la forme de chemin clinique, intitulée "plan de soins".

La gestion des interfaces avec les service de soins est assurée par ses plans de soins qui prennent en charge les phases pré, per et post interventionnelles. Elles permettent l'articulation cohérente des missions et des compétences au regard des objectifs identifiés.

Ces documents, précisant de façon exhaustive les responsabilités de chacun à chaque temps de la prise en charge du patient permettent d'assurer sa sécurité et de diffuser une culture qualité et gestion des risques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de l'imagerie et le radiologue sensibilisent les agents sur les risques identifiés dans ce processus. Ils s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent par voie d'affichage ou lors des réunions de service les agents de leurs résultats. Des staff-EPP et un CREX ont été mis en œuvre dans le service d'imagerie. Le radiologue participe également aux RMM régionale d'imagerie au CHU de Lyon.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation nécessaires sont disponibles dans ce secteur d'activité. Tous les manipulateurs ont eu une formation "Rappel des règles de bonne pratique dosimétrique au scanner" afin de minimiser l'exposition des patients. En 2015 des formations dur la sensibilisation aux produits de contraste, sur la douleur en imagerie et sur des logiciels métiers ont été effectués.

En complément des équipements et documents déjà cités, le service dispose d'un PACS et d'un RIS permettant la transmission des images dans les unités de soins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation définie est mise en œuvre selon les procédures et protocoles établis. La régulation des activité permet le respect de la programmation et de la sécurité du patient. La traçabilité est assurée par l'intégration des compte rendus dans le dossier informatisée et par la traçabilité par codes barres des

différents DM dans le logiciel RIS ainsi que la dosimétrie.
Les interfaces avec les services de soins sont opérationnelles et même optimisés en prévoyant dans le planning de chaque manipulateur un temps dédié au contrôle et à l'amélioration des performances du PACS.
L'introduction systématique de la cotation EVA de la douleur post-intervention dans le compte-rendu d'imagerie optimise encore ces interfaces.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus est faite sur la base d'outils identifiés : ventilation des actes réalisés, enquêtes de satisfaction des patients, analyse des EI. Les staffs EPP, le CREX et les RMM auxquelles participent le service complètent l'évaluation et le suivi de la maîtrise de ce processus. La participation à des Benchmark régionaux mesurent l'efficacité et la performance de ce service.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées dans le PAQSS institutionnel.
En 2013 et 2014 les plans de soins d'imagerie interventionnelle ont été réalisés ou actualisés. Un dossier "Demande de ponction biopsie" a été réalisé en 2014. Pour optimiser la communication avec les usagers et les professionnels externes une consultation de radiologie a été créée pour les principaux actes à risque (infiltration cervicale, embolisation de fistules...) avec un compte-rendu communiqué au patient et au médecin traitant.

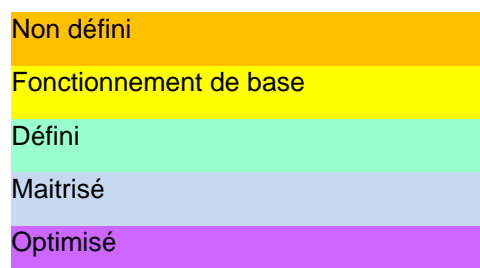
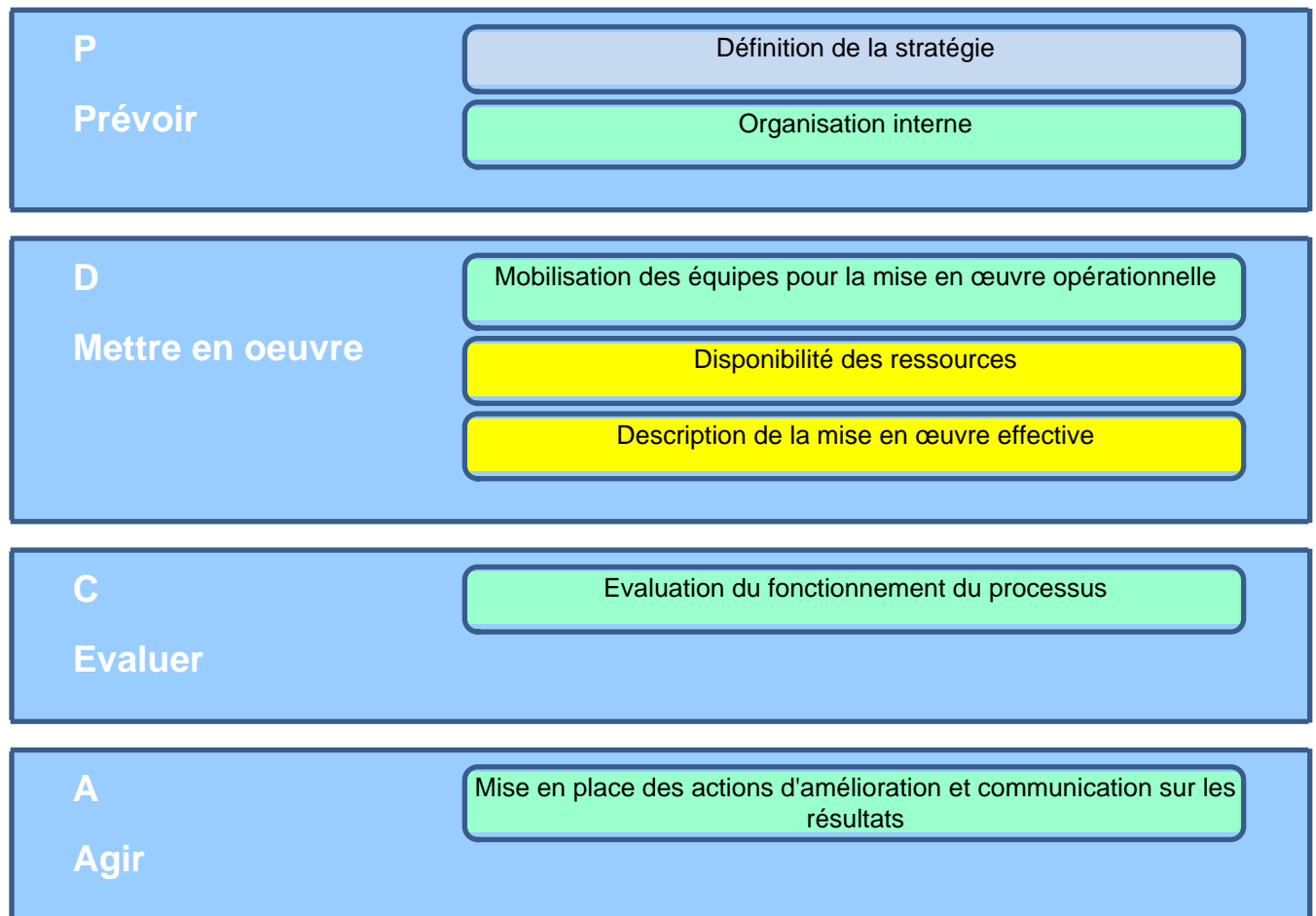
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité d'endoscopie du CH du Pays de Gier est réalisée au bloc opératoire (1 salle dédiée) pour l'activité avec anesthésie et dans le secteur "endoscopie" (2 salles dédiées) pour les actes sous AL, rarement en unité de soins (Soins continus). L'activité d'endoscopie concerne la gastroentérologie, la pneumologie, l'urologie et la gynécologie. Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement pour l'activité d'endoscopie.

Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé (CQ, PAQSS).

Les différentes spécialités réalisant des endoscopies sont identifiées avec définition d'un pilotage institutionnel distinct selon le type d'activité.

Une "Charte de fonctionnement de l'endoscopie" (2015) précisent les modalités organisationnelles pour l'endoscopie digestive, urinaire et pulmonaire, que l'acte soit réalisé en secteur d'endoscopie ou au bloc opératoire.

L'activité d'endoscopie gynécologique relève de la Charte du bloc opératoire.

Une identification, une analyse et une hiérarchisation des processus à risques en endoscopie (processus interventionnels, supports...) ont été formalisées dans un programme d'actions préventives et de surveillance. 4 processus de PEC ont été définis : PEC du patient pour une gastroscopie, une fibroscopie bronchique, une coloscopie et une cystoscopie.

Ces processus sont déclinés en PEC ambulatoire et PEC en hospitalisation complète.

Pour chaque processus ont été identifiés et hiérarchisés des risques (Cartographie, décembre 2014).

ORGANISATION INTERNE

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 en endoscopie. L'établissement a établi une organisation (binôme médecin/cadre de santé) pour piloter le processus endoscopie.

La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (fiche de liaison endoscopie/service...).

Toutefois, les rôles et responsabilités identifiés ne sont pas formalisés dans une fiche de poste.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

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

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus (CREX).

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoins (dysfonctionnements).

Une démarche qualité documentée et actualisée permet d'assurer la sécurité de la PEC du patient en organisant la diffusion de la culture qualité/sécurité en endoscopie (CREX, RMM).

Les modalités de programmation informatisée en endoscopie sont définies et connues des professionnels concernés (secrétariats médicaux, infirmiers d'endoscopie).

La régulation des activités en secteur "endoscopie" est assurée par l'infirmier d'endoscopie à J-1 et revue à J0, pour assurer le respect de la programmation.

Le traitement des dysfonctionnements éventuels est fait en CREX.

Les responsables du bloc opératoire s'assurent, par des audits, de la conformité des pratiques d'endoscopie par rapport aux dispositions prévues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétence, matériel et documentation sont disponibles dans le secteur "endoscopie" pendant les plages d'ouverture de ce secteur d'activité, en l'absence d'astreintes médicales ou soignantes.

Une valise "urgence digestive" est à disposition dans le secteur "endoscopie" si besoin au bloc opératoire.

L'organisation (modes de fonctionnement des circuits de PEC), décrite dans les 4 processus de PEC identifiés en endoscopie, permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles et documentaires).

L'organisation des interfaces permet l'échange d'informations et la coordination entre les différents secteurs et professionnels (fiche de liaison endoscopie/service...).

Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues.

La gestion documentaire en endoscopie est principalement accessible sous intranet, soit dans l'outil de gestion de l'établissement, soit dans un espace dédié. Les modalités d'accès à ces documents sont connues des professionnels.

Toutefois, certains documents de l'espace dédié (procédures, protocoles...) ne sont pas datés ni indexés.

De plus, l'organisation pour assurer et maintenir la qualité de l'air et maîtriser le risque infectieux dans la salle d'endoscopie n'est pas assurée. La salle utilisée pour les endoscopies n'est pas équipée de surpression. Les travaux de mise en conformité de cette 2 salle sont prévus sans calendrier de réalisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient. Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée sur des supports au format papier.

La traçabilité du risque ATNC en amont de l'examen endoscopique est réalisée. La traçabilité incluant les vérifications effectuées du nettoyage/désinfection des endoscopes est organisée et opérationnelle. Elle nécessite, pour l'urologie, 2 supports papier comportant l'horodatage et le numéro d'appareil.

Néanmoins seul le 1^o document comporte l'étiquette du patient.

La check-list est utilisée au bloc opératoire et en secteur d'endoscopie (pour les activités digestives et pulmonaire, pas pour l'urologie).

Toutefois, les modalités d'utilisation de la check-list en endoscopie au bloc opératoire ne sont pas toujours conformes.

Une check-list pour un acte d'endoscopie réalisé au bloc opératoire était renseignée complètement alors que l'intervention était en cours de réalisation.

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...).

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité) et qualitatifs (écologie bactérienne, événements indésirables) est organisé.

Le recueil et l'analyse des EI (bilan des EI) avec implication des professionnels et retour d'expérience (CREX) est organisé et effectif.

5 CREX ont été organisés depuis la mise en place en endoscopie (2015).

Les médecins en démarche d'accréditation individuelle font référence à des EPR ou des EI analysés dans le service.

Il participent aux RMM de l'établissement.

Néanmoins, l'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi du secteur "endoscopie" sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord...) en nombre et pertinence qualifiés "d'insuffisants" dans le projet d'établissement, avec décision de création d'une cellule d'information. De facto le secteur "endoscopie" construit ses propres indicateurs d'activité (consultations, endoscopies...).

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus. 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 (CREX, CME).

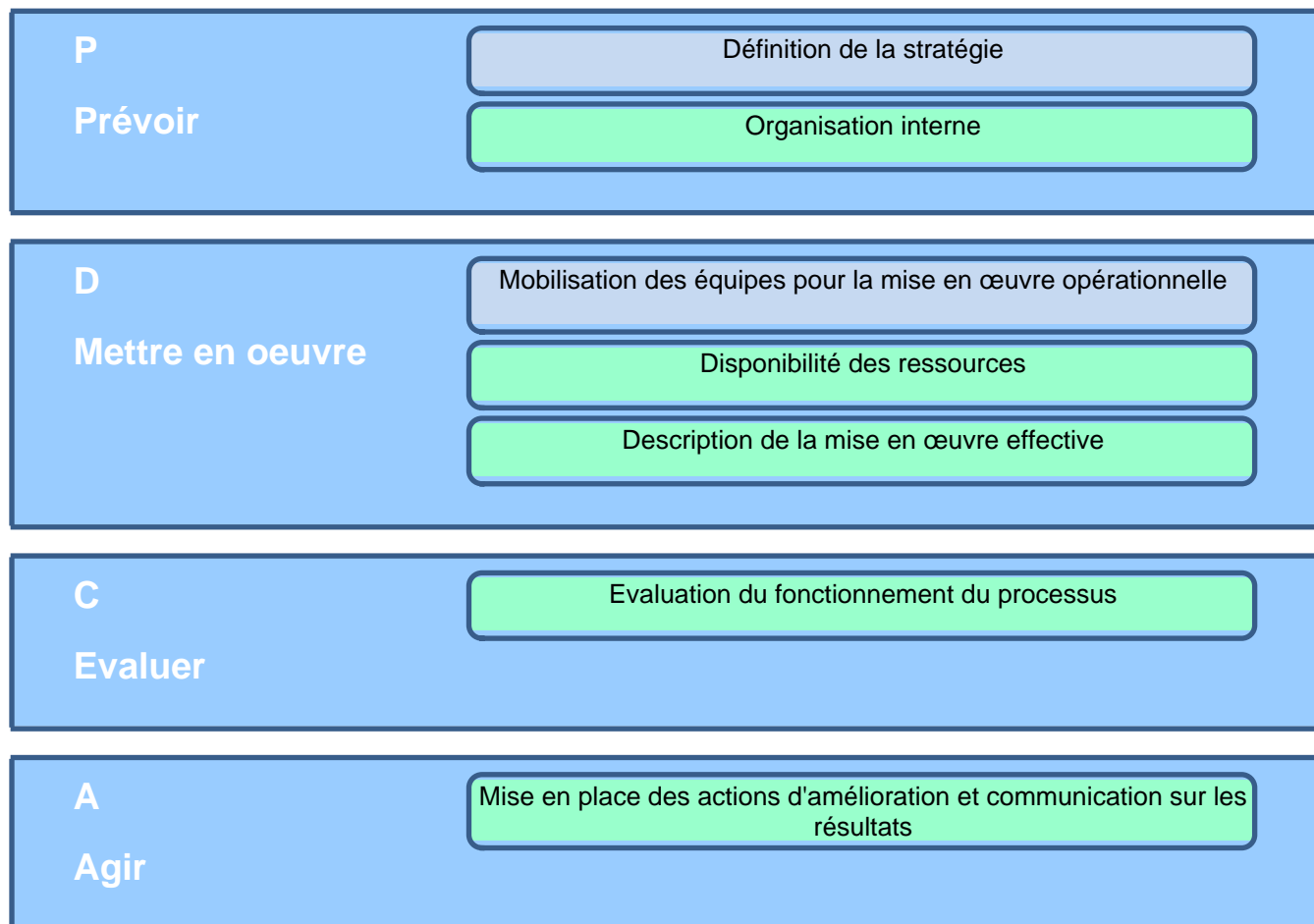
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le CH du Pays de Gier dispose d'une maternité de niveau 1.
La salle de naissance est composée de 3 salles d'accouchement et d'une salle de pré travail.
Les césariennes sont réalisées au bloc opératoire, situé à l'étage inférieur, avec un circuit défini, opérationnel et dont les temps d'accès sont évalués.
Il existe une stratégie et des objectifs élaborés sur la base d'une identification du contexte géographique, des missions (charte de fonctionnement du service de Gynécologie-Obstétrique, charte de fonctionnement du planning familial, projet médical du projet d'établissement) et de l'analyse des risques propres à l'établissement (CQ, PAQSS).
Cette stratégie, validée par les instances concernées, est déclinée dans le PAQSS de l'établissement (2015).
Les orientations stratégiques tiennent compte du niveau de risque foeto-maternel selon le type de maternité (de niveau 1) avec une formalisation de la collaboration inter-établissements au sein du réseau régional ELENA.
L'identification, l'analyse et la hiérarchisation des processus à risques (interventionnels, supports...) ont été élaborées sur la base de risques estimés a priori par les professionnels du secteur d'activité, après élaboration de 2 chemins cliniques ("PEC de la femme enceinte du bloc obstétrical à son installation dans le service de suites de couches" et "PEC de la patiente présentant une MAP"), supports de formalisation d'un programme d'actions préventives et de surveillance.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de ses missions (maternité de niveau 1) et des risques identifiés (cartographie), 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 avec le bloc opératoire est organisée formellement, en particulier pour l'activité d'urgence (césarienne code rouge).
L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus "salle de naissance".
Toutefois, les rôles et responsabilités du pilote du processus "salle de naissance" ne sont pas formalisés dans une fiche de poste .

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur "salle de naissance" sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle.
Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur secteur ou sur le processus lors des réunions hebdomadaires du service (alternant staffs, CREX, réunions du réseau).
Les responsables (binôme pilote-chef de service) s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels des résultats.
Des actions correctives sont identifiées en cas de besoins (analyse des dysfonctionnements, en particulier des EPR).
L'organisation (modes de fonctionnement des circuits de PEC...) permet la mise à disposition en temps utile de toutes les ressources nécessaires (humaines, matérielles et documentaires).
Un planning de gardes et astreintes est organisé et connu des professionnels.
Des modalités opératoires spécifiques avec du matériel dédié sont définies et opérationnelles (césarienne code rouge, PEC de l'HPP...).
Des exercices de simulation annuels sont réalisés avec le secteur "bloc opératoire" pour la "césarienne code rouge".
La gestion documentaire interne est accessible sous intranet selon des modalités connues des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans le secteur "salle de naissance".
La vérification des dispositifs spécifiques est réalisée (chariot "césarienne code rouge", valise "HPP", valise "allergie au latex").
Les pratiques professionnelles sont fondées sur des procédures actualisées et validées, réglementaires ou issues de bonnes pratiques reconnues, dont celles du réseau régional.
La démarche qualité assurant la sécurité de la PEC du patient et organisant la diffusion de la culture

qualité/sécurité est documentée et actualisée.
Les documents sont réalisés en interne en lien avec le service qualité ou sont issus de travaux collaboratifs avec le réseau régional.
La régulation des activités en salle de naissance est organisée, selon des modalités non formalisées (staff bimensuel, cahier de transmissions).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur "salle de naissance" connaît l'organisation définie et met en œuvre les protocoles et procédures établis pour le fonctionnement et la prise en charge du patient.
Les circuits sont respectés et les interfaces entre secteurs sont opérationnelles.
La traçabilité des actions et activités réalisées est assurée, en particulier pour le partogramme au sein du dossier AUDIPOG.
L'échange d'information (dont les interfaces avec le bloc opératoire) est organisé et formalisé, permettant la coordination entre les différents secteurs et professionnels, particulièrement en cas d'urgence obstétricale.
La traçabilité des actions, incluant les vérifications effectuées est organisée et opérationnelle.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un dispositif d'évaluation et de suivi d'indicateurs quantitatifs (activité) et qualitatifs (événements indésirables) est en place au sein du secteur "salle de naissance".
Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés avec implication des professionnels et organisation du retour d'expérience selon 3 modalités.
Des EI sont déclarés selon les modalités définies par l'établissement, avec une analyse et un retour fait par le service Qualité.
Les EPR sont déclarés en interne et traités en CREX (1 réunion mensuelle, 9 CREX depuis octobre 2014).
Les EIG graves sont traités dans le cadre de la RMM du réseau régional (1 réunion mensuelle).
Une revue de dossier des HPP graves est faite annuellement.
L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi du secteur "naissance" sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord...).
Néanmoins, le secteur d'activité "salle de naissance" dispose de peu d'indicateurs d'activité produits par l'établissement. De facto le secteur "salle de naissance" construit ses propres indicateurs d'activité (consultations, accouchements, césariennes...) dont ceux transmis mensuellement au réseau régional.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels concernés, au regard des résultats obtenus.
Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées pour partie avec le programme d'actions institutionnel.
En effet le CQ et le PAQSS de l'établissement ne comportent qu'une partie des actions qualité engagées ou/et réalisées par le secteur "salle de naissance" (CREX internes au service, RMM régionales...), plus nombreuses.
Des supports et modalités de diffusion sont établis au sein du service, en relais de la communication institutionnelle.
La communication des résultats et actions est réalisée, en interne (Staffs bimensuels, instances) comme en externe (réseau régional).