



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE

**Chemin de clavery
06135 Grasse**

OCTOBRE 2016

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
3. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
4. 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	21
PARCOURS DU PATIENT	25
DOSSIER PATIENT	30
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	34
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	37
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	40
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	44
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	49
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	54

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE	
Adresse	Chemin de clavery 06135 Grasse
Département / région	ALPES-MARITIMES / PACA
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS2234	GCS SERVICES INTERHOSPITALIERS CANNES-GRASSE-ANTIBES- FRÉJUS	265 avenue michel jourdan Bp 40063 06151 CANNES
GCS de moyens		GCS DE STERILISATION DES ALPES MARITIMES	256 avenue michel jourdan 06152 CANNES
Entité juridique	060780897	CH GRASSE	Chemin de clavery Bp 5149 06135 Grasse
Etablissement de santé	060793981	CENTRE DE PLANIFICATION GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE	Chemin de clavery 06135 GRASSE
Etablissement de santé	060790680	CENTRE DE LONG SEJOUR DU CH DE GRASSE	78 bd victor hugo 06335 Grasse
Etablissement de santé	060787801	CENTRE MEDICO PSYCHOLOGIQUE - HOPITAL LE PETIT PARIS	78 bd victor hugo 06130 Grasse
Etablissement de santé	060000478	CENTRE HOSPITALIER DE GRASSE	Chemin de clavery 06135 Grasse

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	56	/	7	/
MCO	Gyneco-Obstétrique	48	4	/	/
MCO	Médecine	158	23	/	3912
Santé mentale	Psychiatrie générale	31	10	/	/
SLD	SLD	30	/	/	/
SSR	SSR	30	/	/	/

Secteur faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité	Service du Laboratoire
---	------------------------

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	Cf. fiche interface
Regroupement / Fusion	SIH transformé en GCS avec les Centres Hospitaliers de Cannes, Grasse, Antibes et Fréjus en décembre 2013.
Arrêt et fermeture d'activité	NC
Création d'activités nouvelles ou reconversions	Autorisation de prélèvements de tissus à des fins thérapeutiques sur donneur décédé depuis le 10 avril 2014.

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

4. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

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

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	Médecine	/cancer gynéco	/Programmé	Traitement du cancer par chirurgie puis chimiothér	MCO
2	Femme+bébé	Gynéco-obstétrique + néonatalogie	/sans pathologie	Urgences	/Obstétrique et Périnatalogie	MCO
3	Adulte	Psychiatrie HDJ	/Dépression	Programmé	Ré-hospitalisation	Santé mentale
4	Personne âgée	SLD	/Syndrome de glissement	/Programmé	/hospitalisation traditionnelle	SLD
5	Adulte	HAD	/Pansement complexe	/Programmé	Passé par un service de	HAD

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

chirurgie

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

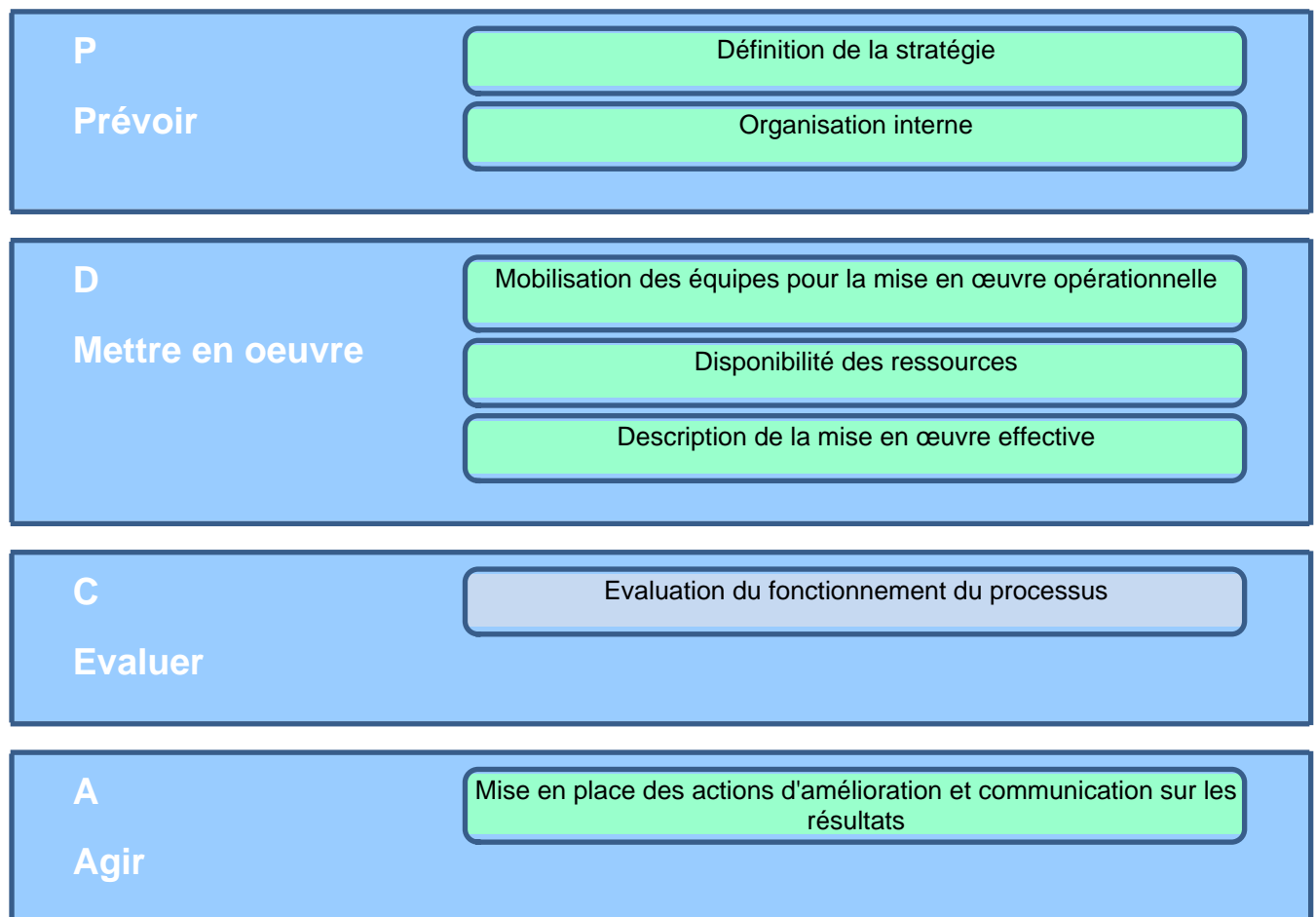
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a élaboré une stratégie en termes de développement de sa démarche qualité et de prévention des risques. Elle s'appuie sur 6 orientations :

- Conforter le développement des EPP ;
- Déployer le dispositif de gestion des risques ;
- Déploiement d'une gestion électronique des documents ;
- Développer une culture qualité unique et partagée ;
- Respect des droits du patient et développer l'écoute des usagers ;
- Accompagnement des services s'engageant dans des démarches d'évaluation externe (accréditation du laboratoire, EHPAD, visite test en 2013 sur la certification V2014). Cette stratégie intègre également les vigilances réglementaires et la gestion de crise.

Ces objectifs ont été définis à partir d'une cartographie des risques déployée sur l'ensemble des services de soins et d'une analyse des éléments disponibles (bilan des EPP, des vigilances, de l'activité de la CRU). Validée par le directeur général et le président de la CME, la stratégie de l'établissement a été validée par les instances de l'établissement (CME, CSMIRT). Un programme d'action formalisé découle de la définition de ces objectifs. Le Compte qualité est une dimension essentielle de la stratégie de l'établissement. Il a été élaboré par regroupement du travail de 16 groupes, Les risques recensés sont hiérarchisés et font l'objet d'un plan d'action en cohérence avec le PAQSS.

Il a cependant été constaté que si les associations d'usagers sont actives dans l'établissement notamment en oncologie, fin de vie, psychiatrie ; les représentants des usagers ne participent pas aux activités de la CRU et ne sont pas impliqués dans la définition de la stratégie de l'établissement dans le domaine de la qualité et de la gestion des risques malgré les sollicitations de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Une organisation est mise en place pour piloter ce processus et fait l'objet d'un organigramme. Sur le plan stratégique, une cellule qualité rattachée au directeur de l'établissement et au président de la CME pilote et organise l'ensemble des démarches de l'établissement. Cette cellule regroupe le directeur qualité, le président de la CME, le médecin coordonnateur des risques, le directeur des soins, la qualité. Cette cellule se réunit régulièrement, elle a élaboré le programme global d'actions de l'établissement et est chargée de son suivi et de son évaluation. Sur le plan opérationnel, l'établissement distingue, sur le plan de l'organisation, ce qui relève de la gestion des risques de celui de l'amélioration continue de la qualité. Un COVIRIS met en œuvre les orientations dans le domaine des vigilances réglementaires et de la gestion des risques (gestion de crise, déchets, système d'information, ...). Un COPIL qualité regroupe les présidents des différentes commissions de l'établissement (CTE, CSIRMT, CIV, CLAN, commission EPP) ainsi que le directeur des soins et le président de la CME. Il suit le programme qualité et coordonne les démarches.

Néanmoins, la Commission des Relations avec les Usagers n'est pas réunie selon la périodicité prévue par la réglementation. La CRU n'a été réunie qu'à une reprise en 2015 et deux fois en 2014.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les secteurs d'activité déclinent les actions institutionnelles. Pour la tenue du dossier patient, les services participent aux audits mensuels organisés par l'établissement. Il en est de même pour la stratégie institutionnelle de développement des EPP. Cette volonté est consacrée dans les contrats de pôle qui prévoient de manière précise les obligations de chaque pôle dans ce domaine.

L'établissement accompagne la diffusion d'outils méthodologiques permettant aux secteurs de s'approprier des outils d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (RMM, EI, EPP, CREX). En regard de ses risques spécifiques et de ses besoins, chaque secteur adapte le plan institutionnel à son contexte. Il en est ainsi pour le respect des droits des patients, les démarches d'évaluation externe, le déploiement de la gestion électronique des documents, la mise en place de CREX.

L'organisation mise en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables n'est toutefois pas opérationnelle dans tous les secteurs de l'établissement. Il a été relevé 415 fiches de déclarations d'événements indésirables pour l'année 2015 avec de très fortes disparités dans les services déclarants (46 déclarations pour le bloc, 36 en psychiatrie, 33 en EHPAD, contre 1 en restauration, en Médecine C et en endoscopie, 2 en court séjour gériatrique).

Les professionnels sont sensibilisés aux objectifs de leur secteur et reçoivent communication de leurs résultats. Les cadres sont destinataires des résultats de leurs services sur les audits, déclaration d'EI, résultats des CREX. Il est également procédé à l'affichage des résultats IQSS.

Les réclamations font l'objet d'analyses systématiques par les professionnels concernés et des actions correctives sont engagées en tant que de besoins. Il en est de même pour les baisses de résultats et d'indicateurs.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les services et professionnels peuvent faire appel aux personnels de la direction qualité, au médecin coordonnateur des risques, au cadre de santé missionné pour la cartographie des risques, aux pilotes des différents processus visés par le compte qualité, aux responsables des différentes vigilances.

L'établissement déploie un plan formation permettant à l'ensemble des professionnels d'acquérir des compétences dans le domaine de l'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (utilisation du logiciel de déclaration des événements indésirables, utilisation des outils d'aide à la formalisation des RMM et CREX, gestion documentaire, droits des patients, cartographie des risques).

Lors de la mise en production de l'outil informatisé de déclaration des événements indésirables en juillet 2015, cinq journées de sensibilisation aux signalements des événements indésirables pour tout l'établissement ainsi que des accompagnements dans les services lors des relèves ont été réalisées.

De plus le service qualité se déplace à leur demande dans l'ensemble des services.

Des formations « Déclarer un événement indésirable » et « Savoir traiter un événement indésirable » sont réalisées tout au long de l'année.

Deux journées d'intégration réservées aux nouveaux arrivants sont organisées chaque année. A cette occasion, une sensibilisation est réalisée sur le signalement des événements indésirables.

Le centre hospitalier a déployé depuis 2014 un nouveau système de gestion documentaire accessible dans tous les services. Il permet d'accéder aux protocoles et procédures institutionnels. Au total, 1500 documents sont actuellement accessibles. Pour les procédures spécifiques à chaque service, l'intégration est en cours de généralisation selon une programmation définie.

Sur le plan matériel, l'établissement met à disposition les outils informatiques adéquats et les supports de communication nécessaires pour les patients (déclaration de la personne de confiance notamment) et pour le personnel (supports pour la formalisation des RMM et CREX notamment).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre les organisations arrêtées en matière de gestion des risques et d'amélioration continue de la qualité.

Ils engagent des actions en matière d'analyse des risques. Une cartographie de chaque unité de soins a été réalisée avec l'appui d'un cadre de la direction des soins. Elle a permis pour chaque secteur d'identifier et de hiérarchiser les risques. Ceci répond aux recommandations prononcées par la HAS lors de la procédure de certification précédente. Il en est de même pour la fonction de gestionnaire des risques identifiée et effective lors de la visite. La mise en œuvre insuffisante des dispositifs d'EPP, autre recommandation issue de la visite précédente, a fait l'objet d'actions d'amélioration, le suivi est assuré et les contrats de pôle fixent des obligations plancher dans ce domaine mais aussi dans celui des RMM, CREX, REMED, éventuellement RCP.

Des staffs avec charte de fonctionnement ont été créés dans certains secteurs (pédiatrie, gynécologie notamment).

L'implication des services dans ces démarches est effective mais avec toutefois une hétérogénéité encore présente entre les différents services quant au nombre des dispositifs mis en place et à leur degré d'aboutissement (cas des EPP notamment).

Pour la gestion des risques a posteriori, les événements indésirables sont tous traités dans le respect des règles édictées par l'établissement même si l'appropriation de son intérêt et de ses finalités ne sont pas encore totalement acquis pour certains secteurs et personnels. La mise en place courant 2015 d'un nouvel outil de gestion de ces événements permet un suivi fin des déclarations, de leur motif, des services d'origine. Ce nouvel outil permet donc un pilotage du processus et une information retour aux services déclarants notamment sur le nombre de déclarations réalisées. Les plaintes et réclamations des usagers font toutes l'objet d'enquêtes qui impliquent les professionnels concernés par la prise en charge du patient. Les différents dispositifs mis en place font l'objet, dans chaque secteur, d'une traçabilité sous la forme de compte rendus dans des formes prédéfinies par l'établissement.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le Centre Hospitalier assure l'évaluation et le suivi de l'ensemble du processus à partir d'indicateurs pour les EPP, les actions du PAQSS et du compte qualité, des événements indésirables, des plaintes et réclamations, de la satisfaction des usagers. Il dispose donc d'un ensemble d'indicateurs couvrant la totalité du champ du processus. Au delà des IPAQSS, il suit des indicateurs spécifiques définis pour chacune des actions engagées par l'établissement. Il procède également à des audits mensuels notamment sur la tenue du dossier patient. Les rapports d'activité des différentes instances, groupes de travail, vigilances sont établies chaque année. En regard de ces données, l'établissement réajuste annuellement son PAQSS et ses orientations.

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

En regard des résultats d'évaluation, l'établissement réajuste annuellement son PAQSS et ses orientations. Il a notamment relevé un besoin d'appui méthodologique des unités de soins pour mettre en œuvre les dispositifs de CREX et RMM. A cet effet il a conçu des outils permettant une meilleure compréhension de la méthodologie suivie tout en allégeant la charge administrative (fiche de présentation de cas, fiches de compte rendu, fiches de suivi des actions). Des actions visant à l'appropriation de ces outils sont mise en place dans les services par la direction qualité. Le Centre Hospitalier a également modifier les structures visant à promouvoir la qualité de ses activités. Constatant un nombre important d'événements indésirables récurrents sur le transport externe des patients, il a mis en place une cellule qualité traitant exclusivement des difficultés de transport incluant les responsables des sociétés d'ambulances.

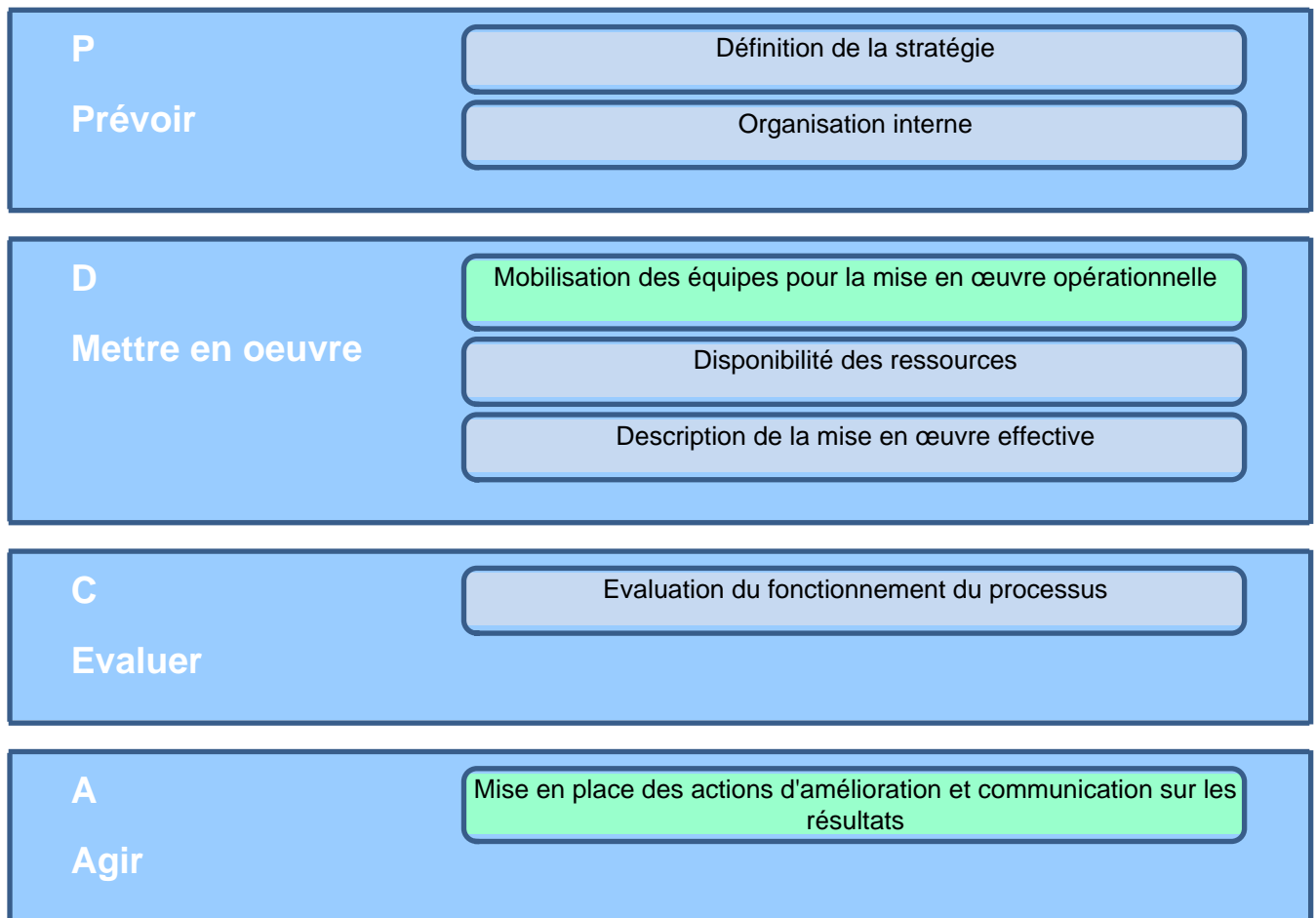
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de maîtrise du risque infectieux s'articule entre les objectifs définis par le contrat d'objectifs et de moyens, et le projet d'établissement. Elle prend en compte les spécificités de l'établissement et les orientations nationales (PROPIAS, plan national d'alerte sur les antibiotiques). Le programme annuel du CLIN précise les objectifs à atteindre, les surveillances à réaliser, les mesures de prévention, les actions de formation ainsi que l'évaluation des mesures entreprises. Le bon usage des antibiotiques fait l'objet d'un programme annuel élaboré et suivi par la commission des anti-infectieux. Une cartographie des risques infectieux a été élaborée en 2014. Les risques transversaux et ceux liés aux spécificités de certains secteurs (maternité, bloc, endoscopie, bon usage des antibiotiques...) y ont été identifiés par l'EOH, le bactériologiste, des représentants des secteurs de soins et la conseillère en économie sociale et familiale. Un tableau de bord suivi par l'EOH permet d'assurer le suivi des actions par thématique (transversale ou spécifique), des EPP prévues, des indicateurs retenus. Le compte qualité a été élaboré à partir des risques identifiés dans la cartographie. Les 3 risques retenus ciblent la maîtrise de l'antibiorésistance grâce au bon usage des antibiotiques et à la prévention de la transmission croisée. Pour chaque risque mentionné dans le compte qualité, le dispositif de maîtrise en place est identifié, les mesures de traitement des risques sont déclinées dans un plan d'actions hiérarchisées.

ORGANISATION INTERNE

Le CLIN est rattaché à la CME qui valide le programme annuel, préparé par l'équipe opérationnelle d'hygiène (EOH). Il est également présenté en CSIRMT. Le CLIN travaille en synergie avec la commission des anti-infectieux (CAI) et la COMEDIMS.

Pour décliner sur le terrain la stratégie de gestion du risque infectieux, l'EOH s'appuie sur les responsables de secteurs/services et les référents hygiènes identifiés dans chaque secteur. Au regard de la réglementation et des besoins identifiés, l'établissement s'assure de l'existence des ressources humaines nécessaires en effectifs (praticien hygiéniste, infirmières hygiénistes, référents hygiène, service hôtelier). Pour assurer le bon usage des antibiotiques, l'établissement a recruté un infectiologue temps plein en 2015. Une équipe mobile d'antibiothérapie a été créée. Elle est constituée de l'infectiologue, du bactériologiste de l'hygiéniste et d'un pharmacien. Des staffs pluridisciplinaires associant hygiénistes, référent antibiotique, bactériologiste, infectiologue et professionnels de terrain sont organisés dans les secteurs à haut risque infectieux. Le praticien de l'EOH est membre du conseil de bloc.

L'EOH travaille en coopération avec la direction des travaux et services techniques, le biomédical et la direction de la qualité et gestion des risques. L'entretien des locaux est organisé selon les secteurs, il est sous la responsabilité d'une conseillère en économie sociale et familiale ou du cadre du service. L'EOH apporte son appui pour la définition des objectifs leur évaluation et la rédaction des protocoles.

Le COVIRIS missionné pour coordonner la gestion des risques est composé des différents référents risques (gestion de crise, système d'information, fluides médicaux, gestion des déchets...) et des vigilants sanitaires (identitovigilance et toutes celles réglementaires). Le signalement des infections associées aux soins reste sous format papier, le circuit préexistant au déploiement du logiciel de gestion des risques. En cas d'infection grave l'EOH a la possibilité de présenter le cas en RMM.

Le plan de formation prévoit plusieurs formations en lien avec le risque infectieux réalisées en interne par l'EOH. L'agrément DPC, permet la mise en œuvre d'actions de formation et d'évaluation des pratiques lors de programmes ouverts aux professionnels internes et externes. Les procédures, modes opératoires et supports de traçabilité permettant d'assurer l'hygiène de base, la sécurité des actes à hauts risques infectieux et la prévention du risque infectieux liés à l'environnement sont prévus. Leur diffusion sur l'intranet dans la rubrique CLIN est organisée. Une diffusion par courrier électronique est également systématiquement réalisée aux médecins et aux cadres. Des protocoles d'antibiothérapie de première intention sont également disponibles dans l'intranet. Les résultats des audits, enquêtes sont communiqués en réunions de CLIN, de cadres, CSIRMT et CME. L'information des patients est disponible dans le livret d'accueil. Toutes les plaquettes d'information destinées aux patients et à leur entourage sont validées en CRUQPC. Les représentants des usagers sont invités au CLIN pour la présentation du bilan et des objectifs annuels. Le rapport d'activité du CLIN et son programme annuel sont présentés en CRUQPC.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la stratégie institutionnelle en objectifs, plans d'actions opérationnels de surveillance et de prévention, est adaptée aux risques spécifiques de chaque secteur (maternité, chirurgie, réanimation, gériatrie). Le praticien hygiéniste et les 2 IDE hygiénistes assurent en lien avec le cadre,

l'accompagnement des professionnels. Afin de renforcer l'implication de l'ensemble des professionnels sur les bonnes pratiques, la réalisation de Quick info est privilégiée dans les services. L'une des IDE hygiéniste est plus spécifiquement dédiée aux actions d'évaluation des pratiques. L'implication des référents hygiène médicaux et paramédicaux facilitent l'adhésion des professionnels aux recommandations et aux démarches d'évaluations des pratiques professionnelles.

Le management et les référents hygiène s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment l'application des procédures, en lien avec l'EOH. Le respect des bonnes pratiques formalisées dans les protocoles est suivi par le cadre et l'EOH. Un passeport individuel de DPC pour les actes invasifs comprend une auto-évaluation des connaissances et une observation des pratiques réalisée par l'EOH) a commencé à être déployé en 2014. Des actions correctives sont identifiées en cas de dysfonctionnement constaté ou de baisse des résultats d'un indicateur et mises en œuvre par le cadre de service avec l'appui de l'EOH. Des représentants médicaux et paramédicaux de chaque secteur d'activités participent aux réunions du CLIN. Des réunions périodiques des référents hygiène paramédicaux sont réalisées 4 fois par an et les cadres de service organisent leur libération pour y participer.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le bactériologiste et les pharmaciens pilotent la surveillance des BMR, la consommations des antibiotiques et le suivi des résistances. Les réanimateurs contribuent à la surveillance nationale. La présence d'un infectiologue facilite depuis 2015, le recours aux conseils pour le diagnostic et traitement des infections. Un questionnaire spécifique à la prise en charge thérapeutique a été intégré au dossier patient informatisé. Le praticien généraliste chargé la prise en charge médicale dans les services de chirurgie, assure la gestion du risque infectieux postopératoire en lien avec le chirurgien et l'infectiologue. L'implication des praticiens de terrain (particulièrement la filière gériatrique) dans les surveillances et les actions de prévention favorisent l'identification et la mise en œuvre des actions d'améliorations.

La formation des prescripteurs est réalisée par l'équipe mobile d'antibiothérapie. L'hygiène des locaux est assurée par les ASH sous la responsabilité de 2 gouvernantes (dépendants de la conseillère en économie sociale et familiale) ou du cadre selon les secteurs.

Les professionnels bénéficient de nombreuses formations (y compris nouveaux arrivants) assurées par l'EOH. Les référents hygiène de chaque service sont formés et libérés pour les réunions d'informations. La mise en œuvre de programmes DPC ouverts en interne et aux établissements de la région facilite les échanges sur les pratiques professionnelles et l'harmonisation des pratiques. Les procédures et modes opératoires sont accessibles dans tous les secteurs au niveau de la GED. Des classeurs hygiènes comprenant les protocoles actualisés les plus utiles au secteur sont gérés par les cadres lorsqu'il apparaît que les AS et ASH ont des difficultés avec l'outil informatique. Les documents sont actualisés et connus des professionnels, leur participation est facilitée dès que possible. Ces protocoles sont en adéquation avec les besoins des services : hygiène de base, entretien des locaux, actes à haut risques infectieux. Le référentiel d'antibiothérapie de première intention est mis à disposition sur l'intranet et utilisé par les prescripteurs.

Les équipements de protection individuelle sont disponibles dans tous les secteurs. Les locaux sont fonctionnels dans les services de soins et médico-techniques et équipements nécessaires à leur entretien mis à disposition. Les supports de traçabilité sont également disponibles. Le chef du pôle de médecine a piloté le projet de restructuration des locaux afin de disposer de chambre seule avec SAS pour faciliter la mise en œuvre des précautions complémentaires. Le faible nombre de chambre seule aux urgences dans la zone d'hospitalisation de très courte durée compliquant la gestion des lits en cas de pathologie infectieuse transmissible, doit être amélioré dans le cadre du projet de restructuration des urgences bloc et endoscopie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le programme d'action du CLIN diffusé sur Intranet est connu de l'encadrement et des référents hygiène. Ceux-ci sont chargés de relayer les informations de l'EOH auprès de leurs collègues. Les professionnels connaissent les grands axes du programme d'actions du CLIN qui sont déclinés dans leurs secteurs respectifs. L'ensemble des secteurs est impliqué dans un objectif partagé : la prévention de la transmission croisée par le respect des précautions standard et complémentaires. Les résultats des prélèvements d'environnement (air, eau, surfaces) dans les secteurs à risques sont suivis, analysés et transmis à l'encadrement médical et paramédical. L'EOH a la possibilité de réaliser les quicks infos aussi souvent que nécessaire et les personnels sont libérés pour y participer. Les professionnels connaissent les résultats de leur indicateur de consommation hydro-alcoolique rapporté à leur secteur.

Les signalements à l'EOH de situation à risque infectieux (suspicion d'infection nosocomiale, identification de BMR/BHR, cas groupés..) sont effectués par le laboratoire de bactériologie, les services. Leur analyse pluri professionnelle avec les professionnels de terrain permet d'identifier et mettre en œuvre les actions d'amélioration. En cas de besoin une analyse des causes est intégrée aux RMM en particulier en réanimation, et en gériatrie.

La participation de praticiens de terrain au CLIN favorise la mise en œuvre des actions d'améliorations de la gestion du risque infectieux. Le respect des circuits dans les services de soins et médico-techniques est effectif.

Les secteurs à haut risque infectieux bénéficient de staffs réalisés par l'équipe mobile d'antibiothérapie : réanimation (hebdomadaire depuis 2008), gériatrie (tous les 2 mois). Les infections y sont validées collectivement pour la surveillance, les stratégies diagnostiques et thérapeutiques ainsi que les actions de prévention y sont discutées. Les praticiens de tous les secteurs recourent à l'avis de l'infectiologue pour toute infection présentant un caractère de gravité. La liste des antibiotiques critiques est établie. La réévaluation de l'antibiothérapie entre 48 et 72 H est organisée, ainsi que la validation pharmaceutique. La dispensation n'est pas limitée à 3 jours de traitement en l'absence de réévaluation, pour assurer la continuité du traitement. Le taux global de réévaluation est de 79%. Les stratégies de désescalade sont systématiquement envisagées. Les pharmaciens participent à la promotion du bon usage des antibiotiques en assurant le suivi des consommations au moyen d'un outil national et la participation aux audits. L'interface entre le laboratoire de bactériologie, les services de soins, l'EOH et l'infectiologue facilite la transmission des alertes en temps réel. L'EOH assure l'information du service hôtelier, du cadre et du bed manager en cas de procédures spécifiques à un pathogène pour l'entretien des locaux. La traçabilité de l'entretien des locaux est effective sur tous les secteurs y compris au bloc. La conformité de la préparation cutanée est suivie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure annuellement l'évaluation du dispositif de maîtrise du risque infectieux et de bon usage des antibiotiques sur la base des indicateurs nationaux ICALIN, ICA-LISO, ICATB, ICSHA et ICA- BMR. La consommation de solution hydro-alcoolique fait l'objet d'une surveillance par service. L'évaluation périodique est également réalisée sur la base de nombreux indicateurs (indicateurs nationaux surveillances RAISIN, indicateurs établissement) et sur la réalisation d'audits de pratiques programmés. 13 EPP sont en cours pour le risque infectieux. Les EPP transversales concernent la pré désinfection, le bionettoyage, l'hygiène des mains, la préparation de l'opéré, les bonnes pratiques pour les gestes invasifs, la gestion des excréta...

Les cadres de secteurs assurent le suivi des indicateurs de gestion du risque infectieux : consommation de SHA et indicateurs spécifiques à leurs secteurs (zéro bijou, respect des précautions standard, gestion des excréta).

Le bilan annuel d'activité du CLIN est réalisé et présenté en CME et à la CRUQPC avant diffusion sur l'intranet. La commission des anti-infectieux réalise également un bilan annuel et un programme d'actions présentés en CME.

A / AGIR

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

Le programme de gestion du risque infectieux fait l'objet d'une révision annuelle au CLIN. Les actions d'amélioration identifiées sont suivies dans les instances CME, CSIRMT, CLIN. Le bilan des actions de promotion du bon usage des antibiotiques sont suivies en commission des anti-infectieux et présenté en CME et COMEDIMS. La communication des résultats des indicateurs nationaux et institutionnels se fait au travers d'affichage et de communications orales dans les instances. Ils sont disponibles sur l'intranet et accessibles à l'ensemble des professionnels, favorisant le développement de la culture de sécurité du risque infectieux.

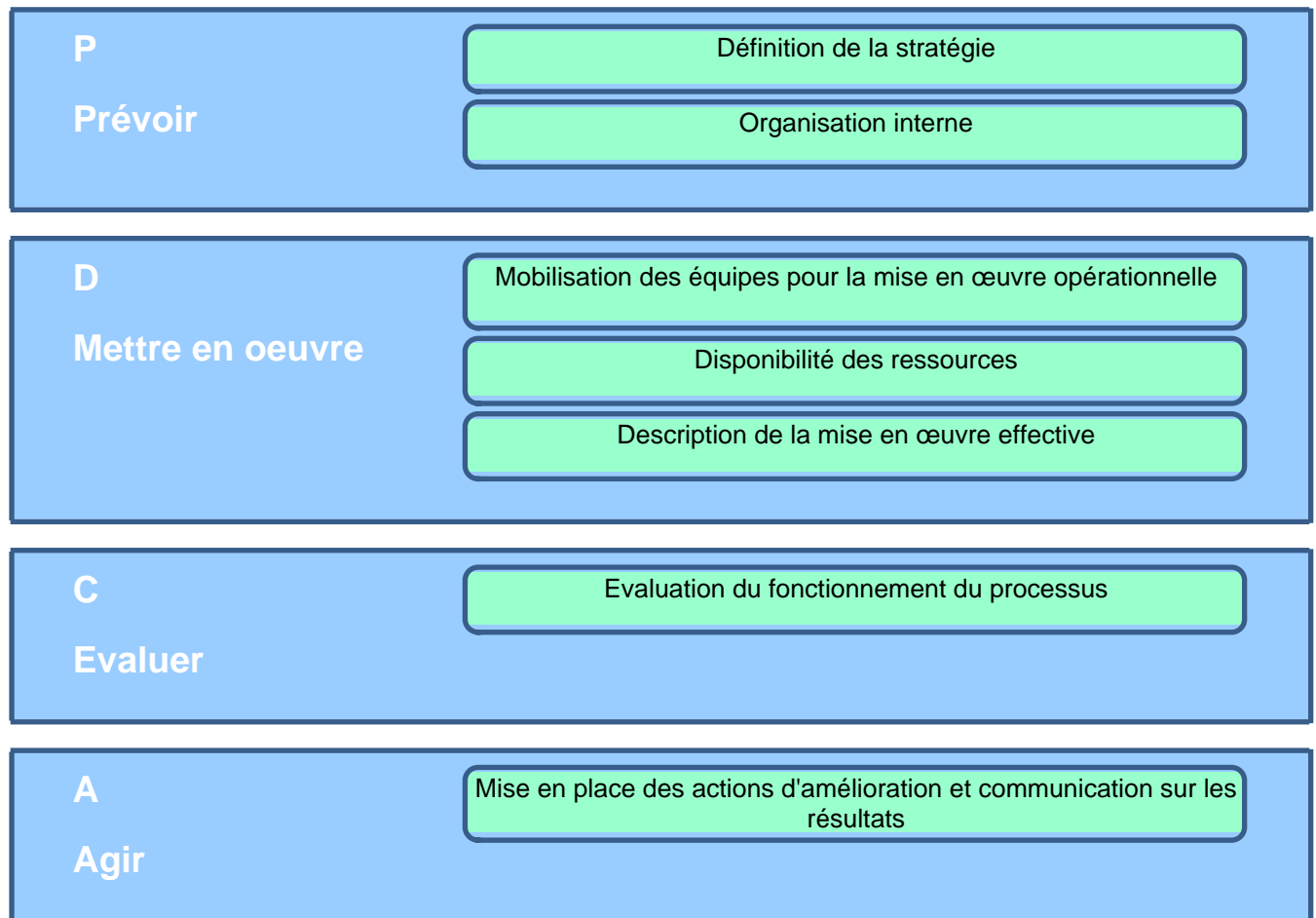
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une stratégie en matière de promotion du droit des patients. Cette stratégie prend en compte la diversité des prises en charge et des publics accueillis par l'établissement. La détermination des objectifs a été faite à partir d'une analyse des plaintes et réclamations, des indicateurs IPAQSS, des enquêtes de satisfaction et des risques identifiés par les professionnels.

Trois objectifs ont été arrêtés : prévention de la maltraitance, informations du patient, consentement et participation du patient.

Le respect des droits du patient est intégré dans la note d'orientation stratégique de l'établissement qui constitue le socle du projet d'établissement en cours de validation. Un programme d'action formalisé et priorisé décline les objectifs retenus.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Elle est pilotée par la directrice chargée des relations avec les usagers assistée par un groupe composé de huit personnes ressources comprenant des médecins dont le président du comité d'éthique et le médiateur médical, du personnel soignant ainsi que du personnel administratif notamment la gestionnaire des relations avec les usagers et la directrice des secteurs gériatriques et psychiatriques.

Au regard de ses objectifs, l'établissement met à disposition les ressources humaines nécessaires (commission éthique, direction spécifique chargée des relations avec les usagers, facilitation d'accès pour les associations d'usagers), matérielles (local pour la maison des usagers) et documentaires (procédures spécifiques).

L'organisation et les pratiques professionnelles constatées permettent le respect de la confidentialité des informations relatives au patient (zones de confidentialité aux bureaux d'accueil, forme des dossiers papiers sans mention apparente du nom lors des transports, règles d'habilitation pour l'accès aux données informatiques notamment).

Les modalités de signalement, à l'autorité publique, des situations de maltraitance des enfants fait l'objet d'une procédure spécifique. Les autres situations de maltraitance peuvent être signalées par le traitement d'événements indésirables qui peuvent garantir l'anonymat du déclarant si celui-ci le souhaite.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, l'établissement organise des actions de formation, sensibilisation et de mobilisation des personnels sur les thématiques du droit des patients (bien traitance, dignité et intimité, libertés individuelles, actions diverses: journée cancer du sein, handicap, don et prélèvements,...).

Ces actions sont déclinées par les secteurs en fonction de leurs spécificités :

- en psychiatrie : thématique des libertés individuelles, refus de soins somatiques, élaboration d'un livret d'accueil spécifique ;

- en SSR / USLD : rénovation des contrats de séjour, enquêtes de satisfaction spécifiques, prise en compte de l'errance des patients.

L'établissement organise des formations sur la bientraitance. Ces formations sont ensuite déclinées dans les services pour une mise en œuvre adaptée à leur contexte (élaboration de chartes de bientraitance dans chaque service). Les formations permettent de décliner la démarche institutionnelle dans d'autres domaines : libertés individuelles en psychiatrie, droit des personnes en fin de vie, dispositif d'annonce en cancérologie... Les équipes médicales et soignantes sont mobilisées sur la thématique des restrictions de liberté. Les prescriptions de contentions dans le dossier informatisé sont très précises quant à la durée et le type. Les secteurs déclinent la politique de l'établissement dans leur secteur et des actions correctives sont mises en place : recherche de modes de contention mieux adaptés au type de patient en gériatrie et psychiatrie, achat de ceintures GPS en gériatrie, nouvelle organisation de la gestion des pécules en psychiatrie.

Les résultats de audits mensuels sur la tenue du dossier du patient ont permis d'améliorer la traçabilité mais aussi la désignation de la personne de confiance.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences relatives aux droits du patient sont disponibles dans les unités de travail. C'est ainsi que le comité éthique, s'il traite de problèmes à caractère institutionnel, fournit aussi, grâce à son "équipe mobile", un soutien aux équipes de terrain (refus de soins somatiques en psychiatrie, relations difficiles avec des familles ou des malades, pose de bracelets d'identité...).

Des associations d'usagers interviennent régulièrement dans l'établissement et apportent un soutien aux malades et à leurs familles plus particulièrement dans les secteurs à orientation cancérologique, en gériatrie et en psychiatrie. Les formations organisées sur le droit des patients permettent également de développer les compétences internes aux services.

Le système de gestion documentaire permet aux personnels d'accéder aux procédures utiles au respect des droits du patient. Des fiches de recueil de la personne de confiance sont à disposition du personnel et des malades de même que des fiches de recueil du consentement ainsi que différentes fiches techniques permettant de mieux informer les usagers sur les pathologies et les soins qui leurs sont prodigués.

Les locaux permettent le respect de l'intimité et la dignité du patient sur les secteurs gériatriques et psychiatriques. L'organisation des locaux permet la réception des familles dans des salons. Les services offrent la possibilité aux familles d'assister leur proche notamment dans le cas de la fin de vie.

En revanche, la configuration des locaux sur le secteur MCO ne permet pas toujours le respect de l'intimité et de la dignité du patient. Il a été constaté en zone de surveillance de très courte durée des urgences, une trop grande proximité des brancards des patients (moins de un mètre d'écart). En court séjour gériatrique, l'absence de chambres simples ne permet pas le respect de l'intimité du patient et de ses proches dans les situations assez fréquentes de fin de vie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a mis en place un système d'information des patients sur leurs droits. Il s'appuie sur une "maison des usagers", des affichages dans toutes les unités sur la personne de confiance, la CRU, les résultats des indicateurs. Le livret d'accueil reprend les principaux droits des usagers (personne de confiance, accès au dossier, charte de l'hospitalisé...). Des actions de sensibilisation sont régulièrement menées dans le hall avec des associations d'usagers. Une procédure fixe les règles applicables à l'annonce d'un dommage lié aux soins. L'accueil personnalisé des familles et leur soutien est organisé dans les cas qui le nécessitent notamment dans le cas de fin de vie. Les dispositifs d'annonce sont opérationnels dans les secteurs cancérologiques. L'hospitalisation sans consentement fait l'objet d'une procédure. L'information et la recherche d'adhésion du patient aux soins sont respectées.

Le recueil du consentement éclairé est organisé dans l'établissement. Les secteurs disposent de documents d'information sur les pathologies ainsi que de documents assurant la traçabilité de ce recueil. Il en est de même pour les cas de refus de soins pour lesquels le comité éthique peut intervenir. Les cas nécessaires de restrictions des libertés individuelles sont identifiés et font l'objet de prescriptions médicales. Celles-ci sont écrites et précisent la nature et la durée des restrictions. L'utilisation des contentions et la liberté de circulation en secteurs de psychiatrie et de gériatrie font l'objet de suivis particuliers.

Les professionnels soignants disposent de rideaux pour garantir dignité et intimité du patient dans les soins notamment d'hygiène et en particulier dans le secteur des urgences et en court séjour gériatrique où les conditions architecturales sont plus contraignantes. Certains services bénéficient d'écrans d'intimité (pédiatrie, chirurgie ambulatoire notamment).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre des actions engagées. Ces dispositifs d'évaluation sont annuels pour le bilan des vigilances et de la CRU. Des indicateurs de suivi sont identifiés pour les actions issues du compte qualité. Le Centre Hospitalier procède à des audits mensuels dans chaque service sur la tenue du dossier patient qui incluent la traçabilité de la personne de confiance. Des audits ciblés sont également ponctuellement organisés (traçabilité du consentement éclairé par exemple). L'établissement exploite les questionnaires de sortie (retour de 5,6%) et participe au dispositif i-satis. Des enquêtes ciblés par questionnaires sont également organisées (restauration, douleur, soins de support...). Les plaintes et réclamations font l'objet d'un suivi spécifique quant à leurs natures et quant aux modalités de traitement notamment en terme de délais. Le bilan est présenté en CRU.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre suite aux évaluations. On relève des choix de contention plus adaptés en secteur gériatrique et en psychiatrie après test et évaluation de ces derniers. Les évaluations relatives à la désignation et la traçabilité de la personne de confiance ont conduit l'établissement à modifier le dossier informatisé du patient afin d'améliorer la saisie par le personnel. Les

délais trop importants de transmission du dossier au patient ont fait l'objet de mesures correctives afin de respecter les délais réglementaires.

Les résultats des actions sont communiquées au personnel par l'intermédiaire des cadres destinataires de toutes les informations relatives aux indicateurs et résultats des actions engagées dans leur secteur. L'établissement procède à l'affichage des indicateurs relatifs au droits du patient dans chaque unité de soins. Ils figurent également sur le site internet de l'établissement.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

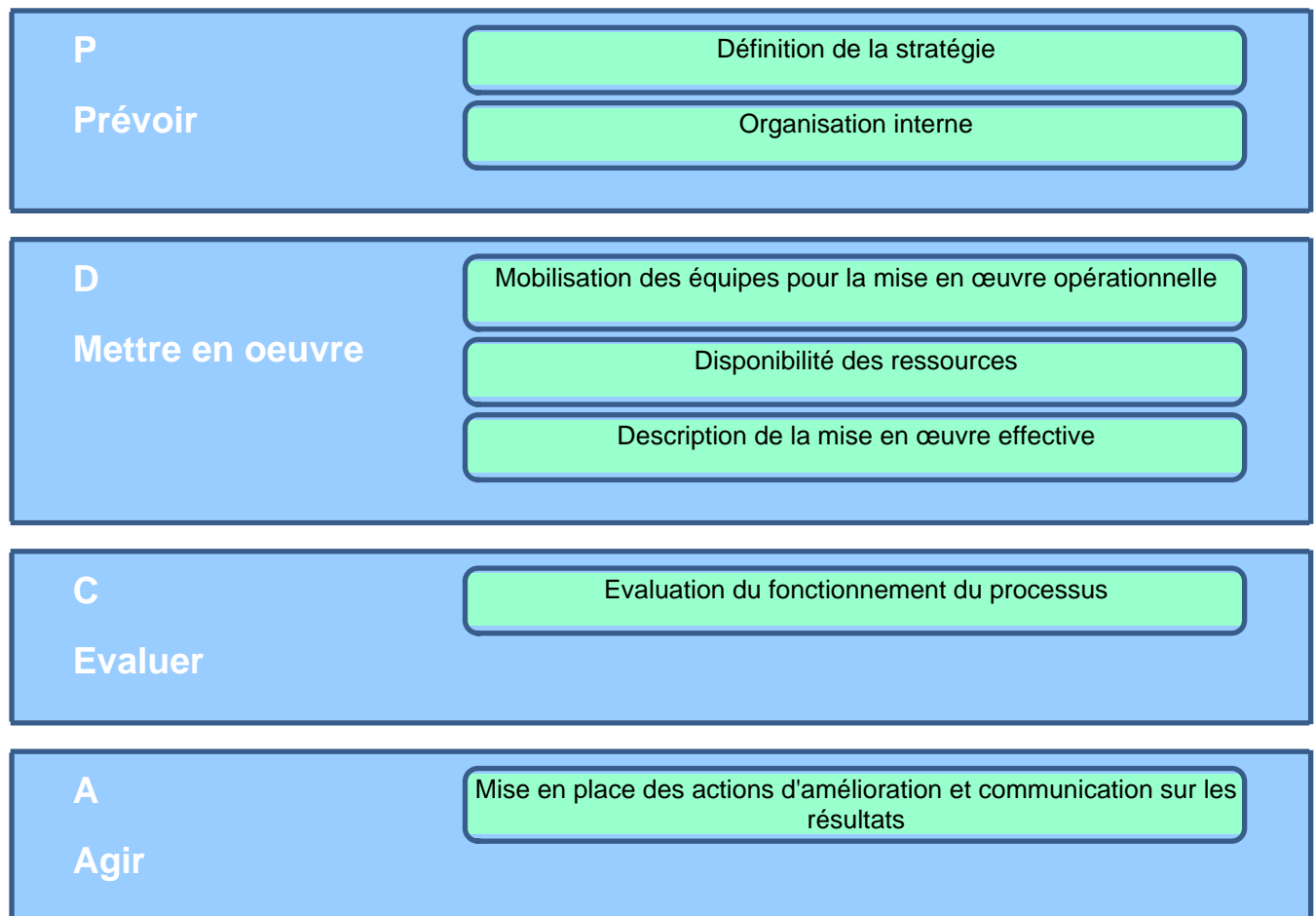
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Grasse a défini une stratégie et des objectifs sur la base d'une analyse du contexte, de ses missions et de ses risques selon une méthode définie. L'identification des risques prend en compte les décisions de la dernière procédure de certification comme par exemple l'éducation thérapeutique ainsi que les indicateurs IPAQSS comme par exemple le délai d'envoi des compte-rendus d'hospitalisation.

Le parcours du patient est organisé sur trois sites :

- le site de Clavary comportant l'activité de court séjour MCO, l'activité de santé mentale intra-hospitalière et l'ensemble du plateau technique (bloc, réanimation, imagerie, laboratoire, pharmacie, urgences) ;
- le site du Petit Paris comportant l'activité de santé mentale extra-hospitalière (CMPP, hôpital de jour, CATTP) et la majeure partie de la filière gériatrique (SSR, long séjour, EHPAD) ;
- le site de la maison d'arrêt de Grasse qui comprend l'Unité de consultations et de soins ambulatoires.

L'établissement assure à la fois une mission de soins de proximité, au bénéfice de l'agglomération grasseoise, mais aussi une mission de soins de recours (notamment, avec une activité de périnatalité de niveau 2B, un service de réanimation et de surveillance continue polyvalentes, une filière de prise en charge de la cancérologie tant médicale que chirurgicale, des activités de chirurgie, un service d'accueil des urgences et une filière de prise en charge gériatrique labellisée). Les activités du CH de Grasse sont articulées avec les autres acteurs du territoire de santé dans une logique de réseau de soins.

Cette organisation est traduite dans une note d'orientation stratégique qui reprend les principaux axes du projet d'établissement actuellement en cours de validation par les instances. Un plan d'actions institutionnel validé par le directoire, la CME et le comité qualité est articulé avec le compte qualité et précise les modalités de mise en œuvre du programme.

ORGANISATION INTERNE

Les activités du CH de Grasse sont organisées en sept pôles médicaux et médico-techniques et quatre pôles administratifs et logistiques.

Le Directoire est composé de l'ensemble des chefs de pôle médicaux et médico-techniques et le DIM est « invité permanent » pour enrichir la réflexion médico-économique de cette instance. Il se réunit tous les mois comme la CME.

Les pilotes du parcours patients sont le directeur, le président de CME et la directrice de soins. Ces pilotes sont assistés par les chefs de pôles pour assurer la mise en œuvre des axes stratégiques. Les rôles et responsabilités sont formalisés. De même les missions des pilotes sont définies dans une fiche de mission générale.

Au regard de ses missions et des risques identifiés, le CH de Grasse s'organise pour prendre en compte les besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. La gestion des interfaces et des circuits est organisée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les services du CH de Grasse disposent de plans d'actions spécifiques en cohérence avec le plan d'action institutionnel. L'encadrement sensibilise régulièrement leurs équipes sur leurs risques propres et s'assurent de la conformité des pratiques au regard des organisations définies. Les résultats des évaluations de pratiques professionnelles ou audits sont communiqués et des actions correctives sont identifiées si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le CH de Grasse s'assure de la disponibilité des ressources en compétences. Les effectifs sont adaptés à l'activité. Le remplacement des cadres est organisé et formalisé. La formation des professionnels est un point particulièrement développé avec un suivi périodique de la mise en œuvre du plan de formation. Les ressources matériels (locaux et équipements) correspondent aux besoins des différents services. Les documents utiles aux professionnels sont mis à disposition sur le site Intranet.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours du patient repose sur un accueil organisé et structuré que ce soit en médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, santé mentale, HAD et soins de longue durée.

Le CH de Grasse comprend un service de médecine d'urgences assurant la prise en charge des personnes se présentant pour une urgence.

Comme l'ont montré les cinq patients traceurs, l'évaluation initiale de l'état de santé du patient et de l'ensemble de ses besoins est réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge. Un projet de soins personnalisé (projet de vie en SLD) est défini en concertation avec le patient et/ou son entourage, intégrant la réflexion bénéfico-risque. L'évolution de l'état de santé et des constantes tracées dans le dossier permet la réévaluation de ce projet de soins. Les activités de soins de suite et de réadaptation sont articulées dans le projet de prise en charge chaque fois que nécessaire.

En santé mentale, la prise en charge des patients comprend systématiquement un volet somatique avec la présence d'un médecin somaticien deux fois par semaine. A noter également la mise en œuvre de nombreux ateliers thérapeutiques.

Les règles de présence sont définies et un système de garde et astreinte pour assurer la permanence des soins 24h/24 est opérationnel : deux anesthésistes réanimateurs, un obstétricien, un pédiatre et les urgentistes sont sur place la nuit et le week-end. Pour chaque spécialité un médecin senior est d'astreinte. Un dispositif de prise en charge des urgences vitales est en place avec une formation des professionnels et des chariots d'urgence scellés, vérifiés avec traçabilité.

Pour chaque spécialité, des réunions pluriprofessionnelles ou de concertation pluridisciplinaires sont organisées périodiquement.

La prise en charge des personnes appartenant à une population spécifique est organisée. Le CH de Gasse prend en charge notamment les détenus avec une unité de consultations et de soins ambulatoires.

Les troubles nutritionnels sont dépistés et suivis. Les diététiciens sont impliqués dans la prise en charge des patients, quelle que soit la spécialité. La traçabilité du poids, de la taille et de son évolution est systématique dans le dossier de soins informatisé.

Le risque suicidaire est pris en compte dans la prise en charge des patients. Lorsque ce risque est repéré, les professionnels mobilisent l'équipe mobile de liaison du service de santé mentale.

L'éducation thérapeutique est déployée avec par exemple un programme sur l'obésité depuis 2010, un programme sur la BPCO sévère, un programme sur la prise en charge de la douleur chez un patient atteint de cancer. La formation des professionnels est assurée et la coordination avec les professionnels extra-hospitalier est intégrée. La sortie du patient est organisée et prend en compte la continuité et la sécurité des soins. L'indicateur IPAQSS relatif au délai d'envoi du compte rendu d'hospitalisation fait l'objet d'actions d'amélioration pour réduire ce délai et atteindre l'objectif fixé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le parcours patients fait l'objet de nombreuses évaluations sous différentes formes telles que les évaluations de pratiques professionnelles, les audits et le suivi d'indicateurs (internes et IPAQSS).

On peut noter à titre d'exemple les EPP suivantes :

- Bonnes pratiques de prescription et d'administration de l'alimentation parentérale ;
- évaluation de l'urgence vitale immédiate en transfusion ;
- amélioration de la prise en charge d'un patient à risque suicidaire aux urgences.

A / AGIR

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

Le résultat des évaluations permet d'identifier et de mettre en œuvre les actions d'amélioration en cohérence avec le PAQSS. La communication est organisée via les réunions d'équipes, le copil qualité, la CME, le journal interne et l'intranet.

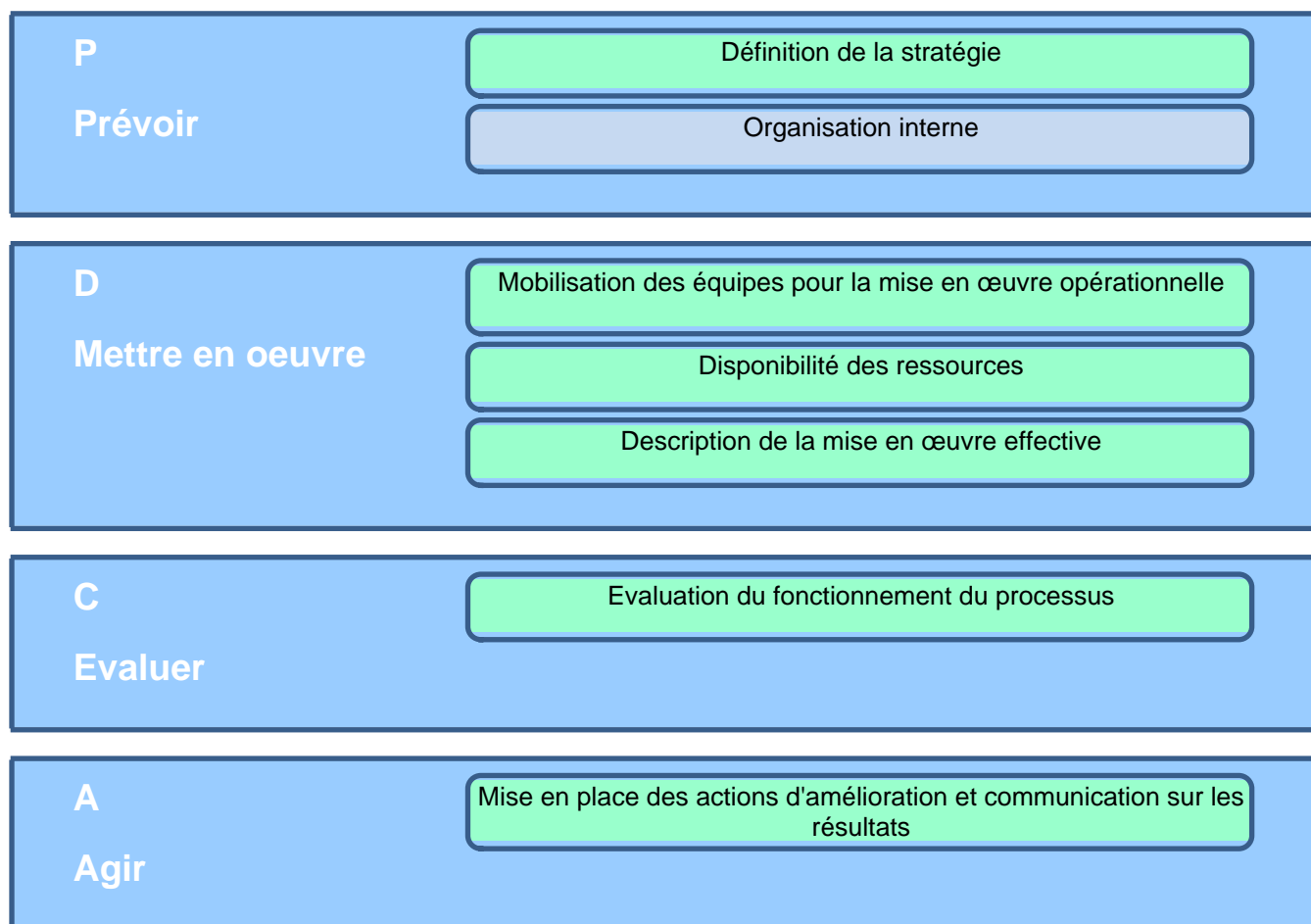
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Une stratégie propre au dossier patient a été défini par le CH de Grasse. Cette stratégie prend en compte les besoins des utilisateurs, la multiplicité des formes de prise en charge du patient, ainsi que la diversité des disciplines médicales exercées dans l'établissement et ceci dans un souci de partage des informations entre les professionnels. Elle vise également la mise en place du "zéro papier".

La stratégie a été validée par la CME et la CSIRMT. Elle est intégrée dans le schéma directeur informatique de l'établissement qui prévoit un plan de déploiement. Le Compte Qualité identifie les risques liés à l'utilisation du dossier papier et détermine un programme d'actions priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le pilotage est assuré par le médecin chef du pôle médecine. Une fiche de mission fixant ses objectifs est établie. Il s'appuie sur un groupe de travail pluri professionnel regroupant les compétences nécessaires à la conduite du processus (DIM, responsable informatique, responsable archives, chargée des relations usagers, cadre de santé, coordonnatrice des secrétariats médicaux). Les responsabilités des professionnels dans la mise en œuvre opérationnelle du processus sont décrites dans la procédure générale de tenu du dossier. Elle concerne la direction générale, le corps médical notamment le praticien responsable de l'unité, les secrétariats médicaux, le personnel soignant et les autres personnels qui concourent à la prise en charge du malade.

Le CH de Grasse a défini une stratégie visant à atteindre, à terme le "zéro papier". Il a fait le choix, en ce qui concerne le dossier informatisé, d'une architecture unique et homogène pour l'ensemble des services sans applications "métier" mais avec des possibilités de paramétrages spécifiques aux différents services. Dans l'attente de cet objectif, un dossier papier est maintenu pour permettre un accès aux informations utiles à la prise en charge du patient.

Sur le plan des ressources humaines, l'établissement a prévu les effectifs et compétences nécessaires pour conduire le processus tant au niveau du service des archives que des ressources informatiques pour lesquelles, outre le service informatique une cadre de santé est missionnée spécifiquement sur le déploiement du dossier informatisé.

Sur le plan matériel des moyens adaptés sont mis en place : système d'archivage, chariots de transport, chariots de soins, papeterie pour la constitution organisée du dossier. Pour le dossier informatisé, les ressources applicatives sont adaptées et fonctionnelles de même que les ressources matérielles (réseau, couverture WIFI, possibilités d'accès suffisantes notamment nomades aux applicatifs). Sur le plan documentaire, le Centre Hospitalier a élaboré les procédures qui fixent les règles de tenue, de confidentialité, de composition, d'utilisation, d'accessibilité, d'archivage. Ces procédures sont connues et accessibles au personnel. Une organisation, avec désignation d'un référent usager au sein de l'administration, facilite l'accès du patient à son dossier. Il est également informé des modalités d'accès dans le livret d'accueil et par affichage.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le dossier informatique est largement déployé dans l'établissement mais ne concerne pas encore tous les secteurs (psychiatrie extra hospitalière, surveillance SSPI, anesthésie per opératoire, réanimation). Ce déploiement est prévu dans le plan d'action institutionnel. Chaque secteur organise la déclinaison de la démarche institutionnelle. C'est ainsi que des paramétrages spécifiques du logiciel se font dans chaque service. Des plages libres de questionnaires informatiques permettent d'adapter le dossier patient aux besoins du service dans le respect de l'architecture générale du dossier. Le dossier papier fait lui aussi l'objet d'une trame générale appliquée à l'ensemble de l'établissement avec possibilité d'ajout de documents spécifiques aux différents services. Les secrétaires médicales disposent de dossiers types élaborées dans chaque service afin garantir la conformité de l'organisation interne du dossier.

Les professionnels médicaux, soignants et administratifs sont sensibilisés et formés à la constitution et l'utilisation du dossier patient dans ses formes informatiques et papiers. Des audits mensuels sur la tenue du dossier patient sont organisés dans les secteurs d'activité.

Les professionnels sont informés des résultats et des mesures correctives sont mises en place.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences sont disponibles dans les secteurs d'activité pour la mise en œuvre opérationnelle du processus. C'est ainsi que le cadre chargé du déploiement du dossier informatisé accompagne, forme les personnels des différentes unités. Il paramètre le logiciel en fonction des besoins des utilisateurs. Les procédures applicables sont accessibles sur le système de gestion documentaire.

Sur le plan matériel, les dossiers papiers sont accessibles rapidement. 2 tournées sont organisées chaque jours ouvrables avec possibilité d'accéder en urgence aux dossiers. La traçabilité informatique de localisation du dossier permet de rechercher le dossier en l'absence du personnel des archives.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les processus d'initialisation du dossier, de vie du dossier pendant l'hospitalisation et d'archivage du dossier sont connues et mise en œuvre par les professionnels concernés. Le dossier médical papier est conforme aux dispositions règlementaires, le dossier soignant reprend les données issues de toutes les étapes de la prise en charge du patient (identification patient, recueil initial des données, feuilles de températures, plan de soins, observations et transmissions, grilles d'évaluation de l'autonomie, de la douleur, fiches de liaison...). Les informations de fin de séjour sont regroupées (compte rendu d'hospitalisation, lettre de sortie, prescriptions de sorties, modalités de sortie, fiche de liaison infirmière).

Les professionnels utilisent l'outil informatique quand celui-ci est disponible c'est à dire dans la très grande majorité des unités et pour la plupart des informations utiles. Les informations non encore informatisées sont disponibles dans le dossier papier (consentement écrit du patient, formulaire de désignation de la personne de confiance....). La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est réalisée en temps utile dans le dossier du patient et est accessible par les professionnels concernés.

Les indicateurs institutionnels relatifs à la tenue du dossier patient étaient, lors du dernier recensement, de classe A en MCO et SSR et B en psychiatrie.

Les professionnels connaissent et mettent en œuvre les procédures relatives à l'accès par les usagers de leurs dossiers. Les délais sont respectés et les statistiques communiquées à la CRU (pour l'année 2014 : 7 jours pour les dossiers de moins de 5 ans, 36 jours pour les dossiers de plus de 5 ans).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure mensuellement l'évaluation du contenu des dossiers par audit de 5 dossiers par service et sur la base de 5 indicateurs (antécédents, douleur, escarre, personne de confiance, IMC). Il analyse périodiquement les délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation. Les délais de transmission des dossiers aux patient sont systématiquement recensés et suivis. L'analyse de ces délais est présentée en CRU dans le cadre de son rapport annuel.

A / AGIR

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

L'établissement met en place des actions d'amélioration en regard des évaluations réalisées. Ces actions sont intégrées dans le programme d'action institutionnel. On relève des actions d'amélioration sur la conformité des comptes rendus d'hospitalisation, du classement interne du dossier, de l'accès en dehors des heures d'ouverture du service des archives, des délais de transmissions des dossiers aux patients.

On relève également la mise en place de l'accès en première page du dossier patient informatisé de données utiles en matière de prévention des risques (présence de BMR, IMC, antécédents, allergie). La communication des résultats est organisée par affichage pour les usagers et communication annuelle à la CRU. Les résultats de chaque service sont communiqués au personnel par l'intermédiaire du cadre.

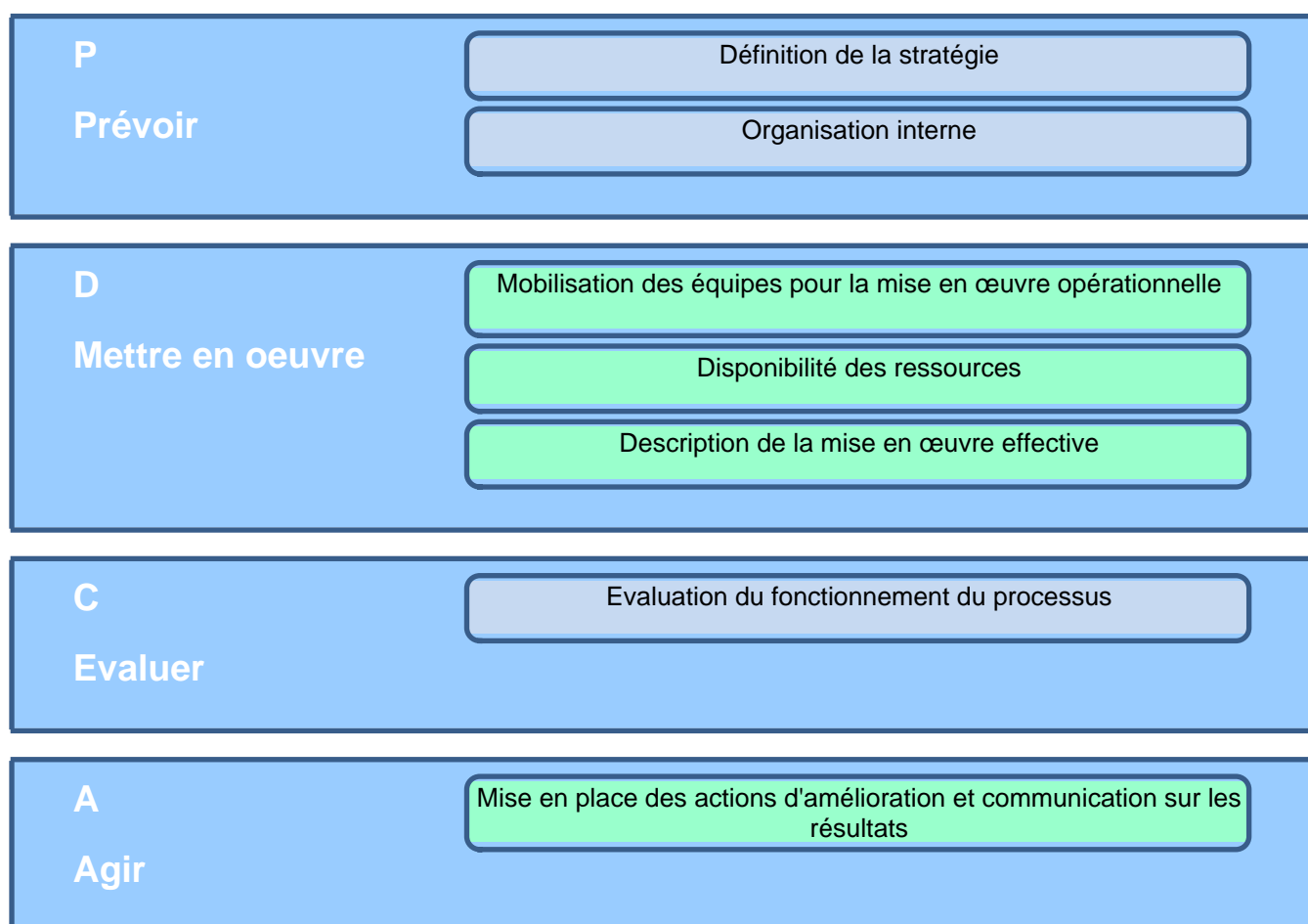
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

Le CH de Grasse dispose d'une pharmacie à usage intérieur installée sur le site de Clavery. La pharmacie approvisionne le site de Petit Paris et l'unité de consultations et de soins ambulatoire pour les détenus de la maison d'arrêt de Grasse. La politique de la prise en charge médicamenteuse est formalisée et tient compte des profils des patients de médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, SLD, Santé mentale et HAD. Elle intègre les spécificités de la personne âgée. La stratégie d'amélioration de la prise en charge médicamenteuse est basée sur l'analyse des risques structurée et réalisée chaque année. Un plan d'actions est formalisé articulé avec le contrat de bon usage du médicament, le PAQSS et le compte qualité, validé en COMEDIMS et en CME. Il comprend les mesures de traitement, les ressources et les modalités de suivi.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus de la prise en charge médicamenteuse sont le pharmacien gérant et le pharmacien responsable du système de management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse. Les missions sont formalisées ainsi que les délégations des pharmaciens et des préparateurs en pharmacie. La comedims suit l'avancement des actions, fait le bilan et définit les priorités pour l'année suivante en lien avec la CME et le copil qualité. Les besoins et ressources humaines sont identifiés. La pharmacie comprend 5 ETP pharmaciens et 10 ETP préparateurs en pharmacie. La formation des professionnels est organisée et formalisée dans un plan de formation tant pour les professionnels de la pharmacie que pour les équipes de soins. La gestion documentaire est structurée et mise à disposition des professionnels via un intranet. Les circuits et les interfaces entre la pharmacie et les services de soins, médico-techniques, logistiques et administratifs sont définis, formalisés et permettent une articulation cohérente au regard des objectifs prioritaires.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes est assurée par l'encadrement et la pharmacie. Dans le cadre de l'identification des risques de la prise en charge médicamenteuse, chaque année, un panel de services actualise la cartographie des risques avec l'outil Médiéval proposé par l'ARS. Les cadres sont chargés de sensibiliser régulièrement leurs équipes sur les priorités définies. De nombreux audits et évaluations de pratiques professionnels sont organisés. Les résultats sont communiqués et permettent de définir et de mettre en œuvre les actions d'amélioration nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et en compétence sont adaptées aux besoins des différentes prises en charge des patients. L'équipe de pharmaciens comprend les compétences requises pour les activités de la pharmacie. Les préparateurs en pharmacie sont formés entre autres à la préparation des médicaments cytotoxiques avec une habilitation renouvelée chaque année. Les équipes de soins sont également régulièrement formées à la prévention des risques d'erreurs médicamenteuses lors des audits avec remise d'une plaquette spécifique. Les nouveaux professionnels bénéficient systématiquement d'une formation au dossier patient informatisé (prescription et administration des médicaments). La permanence pharmaceutique est assurée avec un système d'astreinte la nuit et le weekend. Aucun professionnel en dehors des pharmaciens ne peut accéder à la pharmacie. Les ressources matérielles que ce soit à la pharmacie ou dans les unités de soins, sont adaptées à la prise en charge médicamenteuse. La préparation des chimiothérapies bénéficie de locaux dédiés et conformes aux bonnes pratiques. Une inspection a été réalisée en 2009 et les remarques des inspecteurs ont été prises en compte. Les documents utiles à la prise en charge médicamenteuse sont à la disposition des professionnels sur l'intranet.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Comme constaté lors des patients traceurs, les prescriptions médicamenteuses sont réalisées sur des supports uniques de prescription réalisées selon des règles validées. Elles sont informatisées pour 98%. Les prescriptions manuscrites sont celles réalisées au bloc opératoire en per opératoire, en salle de naissance, en HAD et dans le secteur extra hospitalier de la santé mentale. La validation pharmaceutique est effective pour toutes les prescriptions informatisées et pour l'HAD (les prescriptions sont transmises à la pharmacie). La dispensation est globalisée pour toutes les unités sauf pour les soins de longue durée et pour l'UCSA où elle est hebdomadaire individuelle et nominative. La préparation des piluliers est assurée

généralement par les équipes de nuit.
L'administration est réalisée par les infirmiers y compris en soins de longue durée. La traçabilité est réalisée au moment de l'administration.
La gestion du traitement personnel est assurée à l'arrivée et à la sortie du patient, elle fait l'objet d'une procédure.
La gestion, le rangement, le transport et le stockage des médicaments prennent en compte les règles d'hygiène, de sécurisation et la chaîne du froid. La vérification des médicaments périmés est assurée avec traçabilité. Les médicaments à risque ont fait l'objet d'une identification spécifique regroupée dans une liste validée en CME et d'une aide à la prescription intégrée dans le logiciel de prescription. Un affichage et un étiquetage de ces médicaments sont en place dans les armoires de médicaments. Les échanges avec les infirmiers rencontrés lors des investigations terrains ont montré que ces médicaments à risque étaient connus. L'information des patients sur le bon usage des médicaments est assurée par les médecins et les infirmiers avec des supports comme par exemple pour les anticoagulants, l'insuline, les chimiothérapies. Le recueil et l'analyse des évènements indésirables est effectif avec une dizaine de signalements en 2015 sur les erreurs médicamenteuses.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS
De nombreux audits et évaluations de pratiques professionnelles sont mis en œuvre comme par exemple l'évaluation des conditions de stockage des médicaments dans les unités de soins, les évaluations de la prescription, de la dispensation et de l'administration des médicaments, l'analyse des refus pharmaceutiques. Les évènements indésirables graves font l'objet d'une analyse basée sur la méthode du remed. Le recueil des indicateurs IPAQSS est effectif et montre que les prescriptions sont conformes. Un bilan annuel est réalisé et permet d'identifier les actions correctives. Il est présenté en comedims, au copil qualité et en CME.

A / AGIR

MISE EN PLACE DES ACTIONS D'AMÉLIORATION ET COMMUNICATION SUR LES RÉSULTATS
Les résultats des différentes évaluations permettent de définir les actions d'amélioration en lien avec le PAQSS. Les résultats sont communiqués aux professionnels via les instances, les réunions de cadres, les réunions d'équipes et l'intranet. Parmi les actions d'amélioration on peut noter l'évolution du paramétrage du logiciel de prescription. L'efficacité des actions est évaluée avec les professionnels et permet les réajustements nécessaires si besoin. Un tableau de suivi des actions est en place.

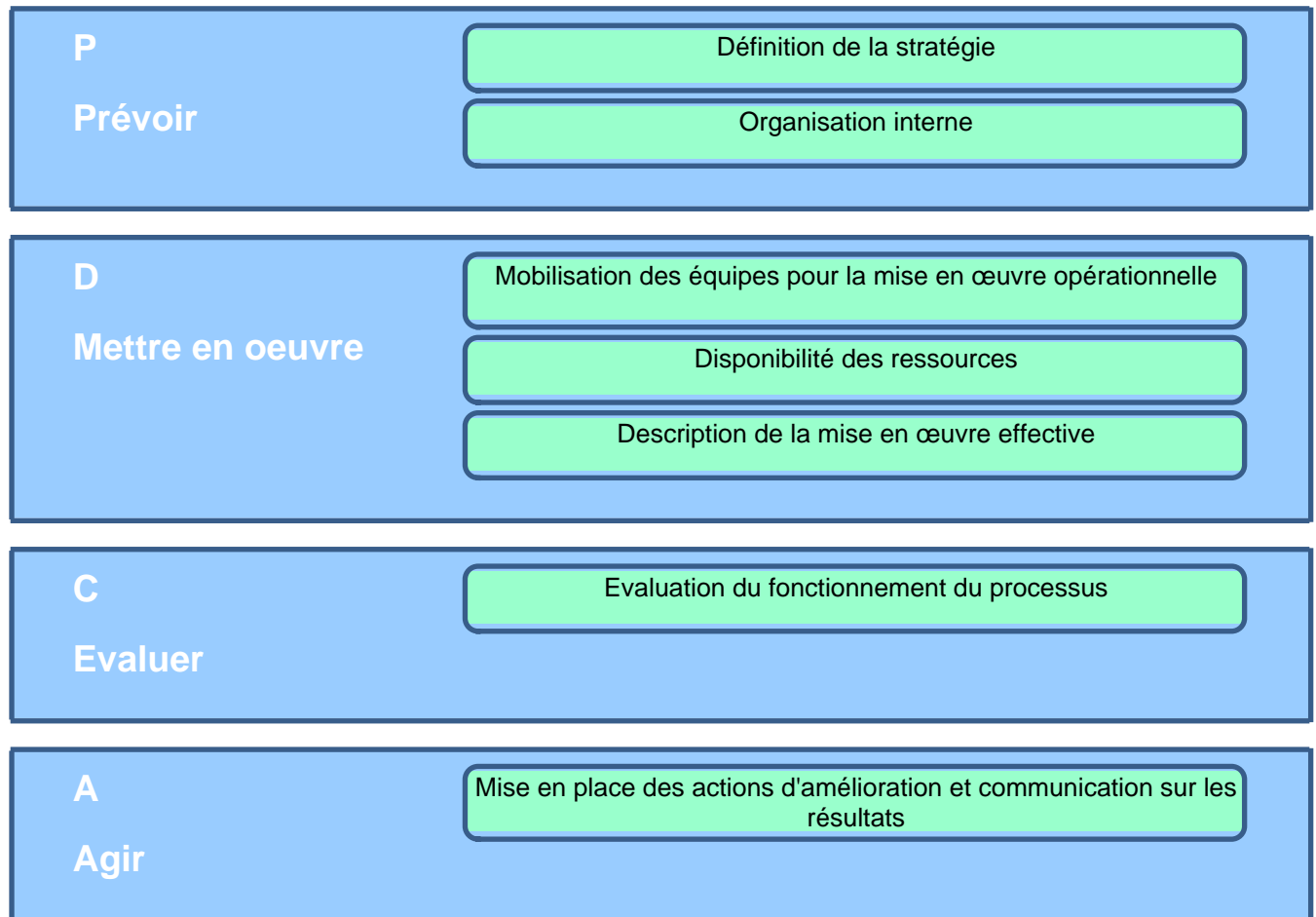
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La stratégie de "prise en charge des urgences et soins programmés" propre au CH de Grasse est intégrée dans la note d'orientation dont un des axes est « l'Optimisation des parcours patients et gestion des flux ». Le service des urgences comporte : une unité de surveillance continue, le SMUR, des lits d'orientation post urgence (OPU) et une zone de surveillance de très courte durée de 8 lits, avec des prises en charges spécifiques : pédiatrie, gynéco obstétrique, psychiatrie, personne âgée, ainsi que les patients relevant de l'UCSA.

Les risques prioritaires ont été identifiés et sont repris dans le compte qualité. Ils sont au nombre de 4, pour lesquels des plans d'actions sont en place. Ils sont intégrés dans le plan d'actions qualité global institutionnel de l'établissement et suivis en cellule qualité.

Un projet architectural relatif à la modernisation du service d'urgence est en cours de formalisation.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés. Le responsable du management est clairement identifié. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Elle est facilitée par l'utilisation d'un dossier patient unique sur l'ensemble de l'établissement. Les liaisons informatiques sont fonctionnels vers le laboratoire et l'imagerie. L'interface avec l'EFS est organisée via le dépôt de sang. Les circuits de prise en charge, circuit court comme circuit long, sont définis.

Au regard des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectifs, formations), matérielles (équipements, matériels) et documentaire (procédures, protocoles) nécessaires.

Suite à un travail avec l'ANAP sur l'optimisation de la gestion des lits un poste de "bed manager" a été créé.

Une charte d'hospitalisation est validée et une charte d'hébergement est en cours de validation. Toutes deux sont signées par l'ensemble du corps médical et permettent d'amorcer une amélioration pour fluidifier l'activité. Une procédure "hôpital sous tension" est formalisée et mise en œuvre si besoin.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, le management des secteurs des urgences organise la déclinaison de la démarche institutionnelle en objectifs et plan d'actions afin de diminuer les temps d'attente, indication recueillie dès l'entrée du patient dans le service du devenir envisagé afin de permettre la fluidité. Les responsables des secteurs sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et sur le plan d'actions (mise en chambre sécurisée des patients identifiés à risque de fugue).

Les agents sont sensibilisés à la déclaration des événements indésirables. La modalité de gestion est connue; cependant peu d'événements sont déclarés. Des revues de mortalité-morbidité RMM sont réalisées.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en personnels permettent de mettre en adéquation les effectifs et les compétences. De nombreuses formations sont réalisées par les praticiens en interne, dans leur domaine d'expertise et d'autres formations sont effectuées et intégrées dans le plan de formation de l'établissement. Les protocoles et procédures élaborées sont disponibles et intégrées dans la gestion documentaire informatisée de l'établissement. Sur l'ensemble des secteurs d'urgence, les matériels sont en nombre afin d'assurer la prise en charge sécuritaire des patients.

En revanche, dans la zone de surveillance de courte durée, les conditions d'hébergement ne permettent pas le respect de la dignité et de l'intimité des patients. La configuration de la zone de surveillance de très courte durée ne permet pas d'assurer l'intimité et la dignité des patients pris en charge parce que les 7 brancards sont contiguës (moins d'un mètre) les uns des autres et uniquement séparés par des rideaux télescopiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les circuits de prise en charge sont définis. Dès la prise en charge du patient aux urgences une orientation de sortie "envisagée" est posée et tracée ce qui permet d'anticiper l'organisation de la sortie. La sortie finale est validée par le praticien. La disponibilité des lits est gérée en temps réel par les responsables du service d'urgence en collaboration avec "le bed manager". Un seuil d'alerte est défini pour permettre de décliner le plan "hôpital en tension" qui doit être validé par le directeur. Ce plan intègre la mise en place effective de 2 lits en SSR, une réquisition des lits "sommeil" et des sorties

anticipées dans les autres services si possible. La prise en charge de l'urgence des différents secteurs de soins de l'établissement est organisée. L'accueil des patients relevant de l'UCSA est organisé en lien avec les forces de police (en moyenne 1 patient/jour).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Le logiciel "Terminal Urgences" permet de disposer en temps réel du nombre de patients depuis 0h, de la gravité, du délai d'attente, du nombre de passages et de la quantité de patients par tranche horaire et de l'orientation. Cette évaluation est possible par jour, par semaine, par mois et par année. Peu d'événements indésirables sont déclarés.

A / AGIR

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

Les actions identifiées dans le cadre de l'analyse de processus sont gérées par les responsables du pôle et suivies par la cellule qualité. Ces actions sont mises en œuvre et pour certaines déjà réalisées (sensibilisation des professionnels à la surveillance des patients étiquetés "fugueurs"). La communication des résultats est réalisée en CME.

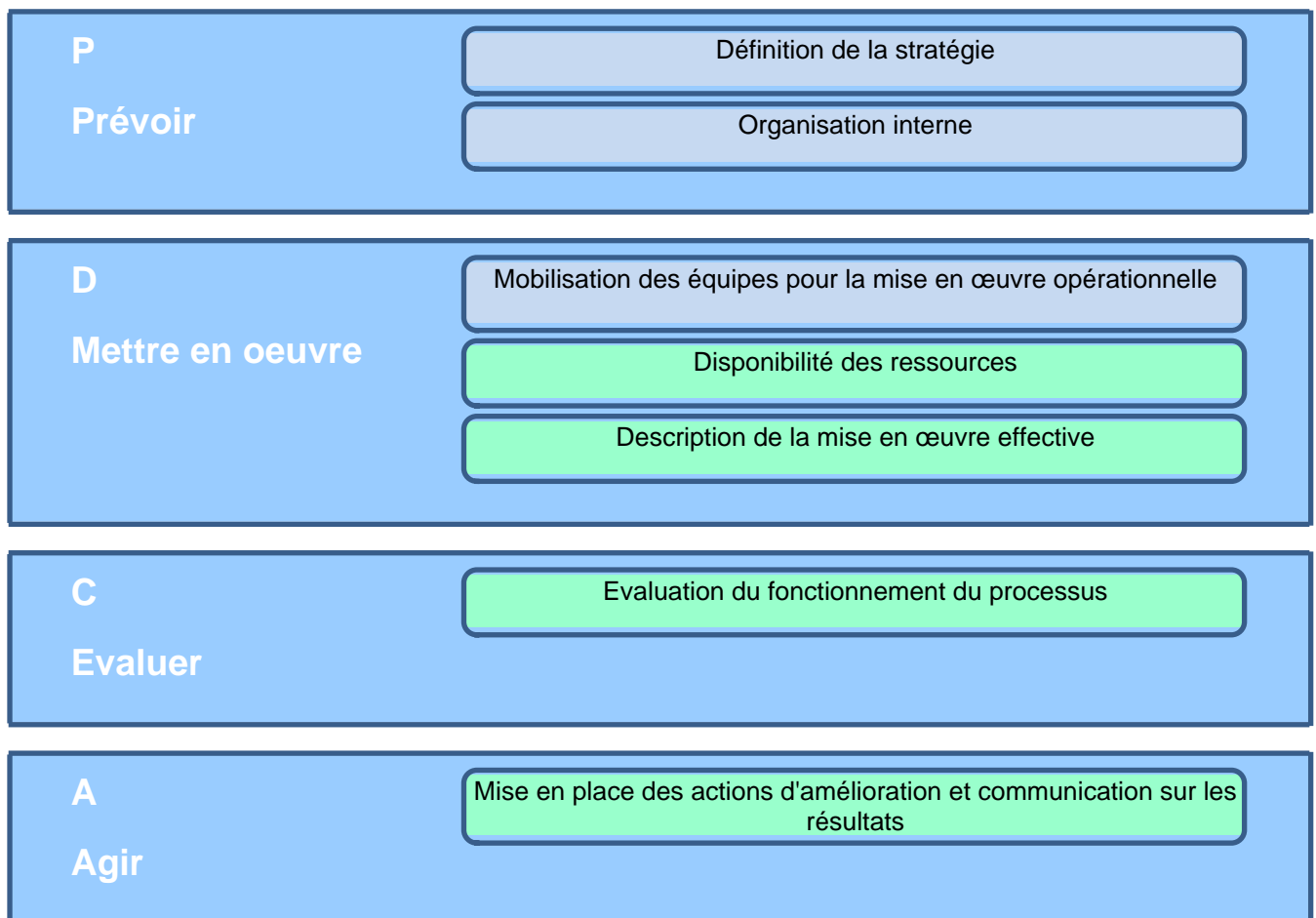
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

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

L'activité opératoire est répartie sur deux sites : le bloc opératoire central et le bloc obstétrical pour les césariennes. Le bloc central comporte de 6 salles pour de nombreuses disciplines et 9 postes de SSPI. Les disciplines pratiquées sont : orthopédie, chirurgie viscérale, bariatrique, proctologie, chirurgie vasculaire, gynécologique urologie, ORL, stomatologie et ophtalmologie. Une salle est dédiée à l'endoscopie digestive. La chirurgie pédiatrique est réalisée à partir de l'âge de 3 ans. Le bloc est ouvert 7 jours/7 et 24H /24. L'unité de chirurgie ambulatoire (UCA) est contigu au bloc opératoire.

Dans son orientation n°3 du CPOM 2012-2017, l'amélioration de la qualité et sécurité des soins identifie la modernisation du plateau technique. L'orientation n° 4 cible le développement de la chirurgie ambulatoire. Pour ce faire, un projet d'extension prévoit la relocalisation du bloc opératoire, de l'unité de chirurgie ambulatoire (avec extension du nombre de place) et du plateau d'endoscopie ainsi que des urgences. L'établissement a reçu la confirmation de l'ARS courant février 2016, d'un accord pour ce projet. De nouvelles interventions se font régulièrement en ambulatoire. La participation aux travaux de la MEAH en 2008, a permis d'optimiser la gestion des salles, le brancardage, et la mise en place du pilotage par le conseil de bloc. L'amélioration de la performance du bloc, dont le développement de l'activité ambulatoire reste un axe prioritaire. L'annexe 2 du CPOM définit une amélioration de la cible de l'indice de coût relatif (ICR) par salle d'intervention.

L'encadrement et les professionnels ont réalisé courant 2014 une cartographie selon la méthode AMDEC, avec prise en compte de la réglementation et des événements indésirables (erreur d'identité pour les patients sous x, erreur du circuit transfusionnel). Le compte qualité réalisé en 2015 avec l'encadrement médical et paramédical, sous le pilotage de l'ingénieur qualité a repris les résultats de la V2010. Les risques prioritaires du compte qualité complètent ceux de la cartographie. Le risque d'erreur d'identité pour les enfants et les détenus est identifié comme prioritaire. La politique de management de la qualité et sécurité des soins est commune au bloc opératoire et à la chirurgie ambulatoire. Pour chaque risque identifié, des actions d'améliorations sont identifiées et déclinées dans 2 plans d'actions (l'un rattaché à la cartographie et l'autre au compte qualité). Ces 2 plans d'actions précisent les ressources et les modalités de suivi. Ils alimentent le PAQSS de l'établissement, suivi par le service qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le management du bloc et le pilotage du processus sont assurés par le chef de bloc et le coordonnateur médical qui est un anesthésiste. Le conseil de bloc exerce ses missions selon le règlement intérieur, il se réunit tous les 2 mois. Toutes les disciplines dont l'endoscopie et l'obstétrique y sont représentées et la présidence est assurée par le coordonnateur médical. La charte de bloc et la charte de chirurgie ambulatoire actualisée en 2015, identifient les différentes prises en charge (urgences, enfant, césarienne, chirurgie ambulatoire et chirurgie conventionnelle, endoscopie). Le coordonnateur médical du bloc est également responsable de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire (UCA).

Les ressources humaines nécessaires sont adaptées en nombre et compétences aux activités exercées. La gestion prévisionnelle des emplois et compétence a intégré le recrutement d'IADE et d'IBODE pour remplacer les départs en retraite. Afin d'assurer la permanence des soins hors heures ouvrables, 1 équipe de garde comprenant un anesthésiste et 1 IADE sont disponibles à tout moment. En cas de besoin un autre anesthésiste est d'astreinte. Un chirurgien et 2 IBODE sont d'astreinte. Le plan de formation prévoit plusieurs formations destinées aux professionnels du bloc dont la formation des IBODE aux actes exclusifs.

La démarche qualité du bloc est déclinée dans des procédures, modes opératoires et fiches de traçabilité disponibles dans l'intranet au niveau d'une rubrique dédiée au bloc opératoire. Les besoins en supports d'information des patients sont identifiés (consignes avant intervention, passeport ambulatoire...).

Le logiciel métier bloc permet la planification depuis la consultation jusqu'au bloc et services d'hospitalisation. Le dossier informatisé est disponible avec accès dans toutes les salles d'intervention et en SSPI permettant la réalisation de prescriptions informatisées. Seul le dossier anesthésique n'est pour le moment pas informatisé. La fiche de liaison médicale émise en consultation et le dossier transfusionnel sont également intégrés au dossier médical informatisé par numérisation. Les locaux sont anciens mais la marche en avant permettant la mise en œuvre de l'asepsie progressive, est respectée. Une restructuration a été réalisée suite aux travaux de la MEAH permettant d'augmenter le nombre de salle (+ 2) et la création de l'UCA. Les contrôles d'environnement (eau-air) dont la requalification opérationnelle annuelle sont organisées par le service technique, l'EOH et le bloc. Le matériel nécessaire à l'activité est mis à disposition, il fait l'objet d'une maintenance et d'un suivi via un outil de gestion technique centralisé.

L'outil informatique de déclaration des événements indésirables est déployé au bloc comme dans les autres secteurs de l'établissement.

Les interfaces entre le bloc, les services d'hospitalisation, la pharmacie sont organisées via le dossier patient. Elles permettent l'articulation cohérente des missions et compétences au regard des objectifs.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des objectifs et plans d'action opérationnels propres au secteur du bloc opératoire sont établis en déclinaison de la démarche institutionnelle. L'encadrement du bloc organise la déclinaison de la stratégie institutionnelle en assurant une communication active auprès des équipes. Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés. Le management favorise la participation aux groupes de travail et aux différents audits. L'encadrement s'assure du respect des bonnes pratiques définies dans les protocoles institutionnels du bloc, de SSPI et UCA. Le signalement des événements indésirables est encouragé par le management. La check-list est une priorité du management, la nouvelle version intégrant les spécificités de la chirurgie pédiatrique est déployée au moment de la visite. Le travail en équipe est favorisé par le chef de bloc et le coordonnateur médical. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs des différentes catégories professionnelles sont validés par la direction en concertation avec l'encadrement et selon les obligations réglementaires. Ils permettent d'assurer la continuité des soins la nuit, les week-ends et jours fériés, à l'aide d'une planification mensuelle des personnes de garde et d'astreinte (médecins anesthésiste, chirurgiens, IADE et IBODE). Lors de l'anesthésie d'un enfant, l'organisation prévoit la présence en continu d'un anesthésiste dans la salle avec 1 IADE. Le respect des règles de sécurité est assuré : 1 IADE /salle, 1 anesthésistes pour 2 salles de bloc. Le repos de sécurité est systématiquement mis en œuvre pour l'anesthésiste de garde. Depuis les travaux de la MEAH, le transport des patients vers le bloc est assuré par 2 brancardiers dédiés au bloc. Les besoins en formation sont identifiés lors des entretiens annuels. La gestion documentaire est accessible aux professionnels à partir des ordinateurs présents. Plus de 200 protocoles sont disponibles dans l'intranet, déclinés au regard des spécificités des disciplines pratiquées dans le bloc. Les professionnels participent à l'élaboration des recommandations. Pour les règles d'hygiène l'EOH vient en appui des professionnels du bloc. Les locaux permettent le respect des circuits propres et sales avec l'identification de locaux dédiés au stockage des dispositifs médicaux stériles, des matériels propres et à la pré-désinfection, au traitement des endoscopes et aux déchets. Les contrôles d'environnement sont réalisés annuellement sauf pour l'orthopédie où ils sont semestriels compte tenu de la classe de risque identifiée comme la plus importante. Les équipements prévus sont en place. Ils sont gérés par le biomédical qui organise les maintenances en collaboration avec l'encadrement. Depuis juillet 2014, le service de Pédiatrie accueille les enfants, relevant de la chirurgie ambulatoire, dans une salle dédiée, disposant de 3 brancards avec un personnel dédié.

La requalification réglementaire (NFS 90-351) des salles réalisées en décembre 2015, a mis en évidence de non-conformité des cascades des suppressions en salle 2, 3 et 4 et des taux de brassage. L'analyse des causes réalisée conjointement par les services techniques et l'EOH a identifié des actions d'amélioration (réfection de joints pour limiter les fuites) dont la mise en œuvre a permis la résolution des non conformité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le patient reçoit les informations utiles à son intervention lors des consultations de chirurgie et d'anesthésie. L'opportunité d'un geste en ambulatoire est discuté avec le patient en fonction de critères d'éligibilité définis par la SFAR, avec information des bénéfices et des risques. Le passeport ambulatoire est systématiquement remis. L'appel de la veille par l'IDE est systématique en chirurgie ambulatoire et pour les patients de chirurgie conventionnelle convoqués à 7H30 ; il est réalisé sur la base d'une check-list informatisée intégrée au dossier patient depuis septembre 2014. Tous les patients portent systématiquement le bracelet d'identification posé à leur accueil dans le service d'hospitalisation ou en UCA. L'accueil du patient est réalisé par les IDE et IADE dès son arrivée dans le SAS d'accueil avant d'être admis dans la zone de pré-anesthésie ou dès sa sortie de l'UCA. L'IBODE et l'IADE de la salle s'assure de l'identité du patient dès son accueil au bloc. Les pratiques professionnelles sont conformes pour la tenue vestimentaire, le respect des circuits, le respect de la dignité du patient et de la confidentialité. L'ouverture de salle, le suivi per opératoire, les procédures de bio-nettoyage y compris nuit (autre équipe ASH) sont mis en œuvre conformément aux règles définies.

La régulation des activités est assurée par l'encadrement selon la planification hebdomadaire. Le programme opératoire est revu la veille par le chef de bloc ou la régulatrice du bloc, pour ajuster les horaires de passage et les horaires d'arrivée des patients. Les ajustements quotidiens sont gérés par la régulatrice du bloc. Aucune prise en charge n'est possible sans enregistrement de l'identité dans le logiciel de bloc, y compris pour les actes non programmés.

La check-list informatisée dans le dossier patient est mise en œuvre à chaque étape. La traçabilité des dispositifs médicaux implantés est réalisée sous format papier, puis numérisée dans le dossier patient informatisé. Les interfaces entre les secteurs (UCA, services de soins, stérilisation, pharmacie, biomédical) sont opérationnelles. La sortie du patient de SSPI et de l'UCA est systématiquement validées selon les règles et tracées. Une solution de repli est prévue pour le patient ambulatoire en cas d'hospitalisation

prolongée. Les informations utiles pour la sortie sont mises à disposition des patients. L'appel du lendemain est organisé en UCA avec traçabilité dans le dossier informatisé.

Les événements indésirables sont déclarés dans le logiciel institutionnel déployé au bloc. C'est le secteur de l'établissement qui a fait le plus de déclaration en 2015 (46 EI). Lors de chaque conseil de bloc, la directrice de la qualité réalise un point sur les EI déclarés. Les dysfonctionnements en lien avec la programmation sont traités lors des staffs hebdomadaires de programmation.

En revanche, les RMM d'anesthésie et chirurgie ne sont pas mises en œuvre. Les pilotes rencontrés ont confirmés la non réalisation de RMM en anesthésie et chirurgie.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs d'évaluation quantitatifs et qualitatifs sont identifiés et suivis par l'encadrement : indicateurs nationaux (compte rendu opératoire, dossier anesthésique, taux d'infection du site opératoire...), indicateurs internes d'analyse d'activité (taux de chirurgie ambulatoire par discipline, par chirurgien...). Un point qualité est systématiquement intégré dans l'ordre du jour du conseil de bloc.

Les indicateurs quantitatifs sont suivis régulièrement (rythme hebdomadaire, mensuel, et annuel) par discipline chirurgicale. Le cadre de pôle établit au mois, puis à l'année les chiffres de l'activité ambulatoire et des soins externes relevant du service : nombre de passage à l'UCA par spécialité, par chirurgien, par jour, par semaine et mois et hébergements dans les services de chirurgie conventionnelle par manque de place à l'UCA. Ces chiffres sont diffusés au chef de pôles et aux différents intervenants chirurgiens tous les 2 mois. Le suivi des gestes marqueurs est fait en partenariat avec le DIM. Les indicateurs qualité prennent en compte les éléments collectés dès la sortie de l'UCA (questionnaire de sortie de l'UCA). Un Audit Interne « Prise en charge de la douleur » est organisé annuellement, dans tous les services de l'établissement, y compris à l'UCA. L'EOH déploie les audits institutionnels annuels sur l'hygiène des mains et le bionettoyage, au bloc.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont en place au bloc, en SSPI et à l'UCA. Celles identifiées dans le cadre du compte qualité sont suivies par l'encadrement avec l'appui du service qualité. Le suivi de celles issues de la cartographie des risques est réalisé par le cadre transversal missionné par la Direction des soins. L'articulation du suivi de ces 2 plans d'actions est assurée par le service qualité. Des révisions et des ajustements sont réalisés et intégrés aux plans en cours. La communication des différentes évaluations et plans d'actions est assurée auprès des professionnels, lors des réunions de services. Les résultats des indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont présentés en conseil de bloc.

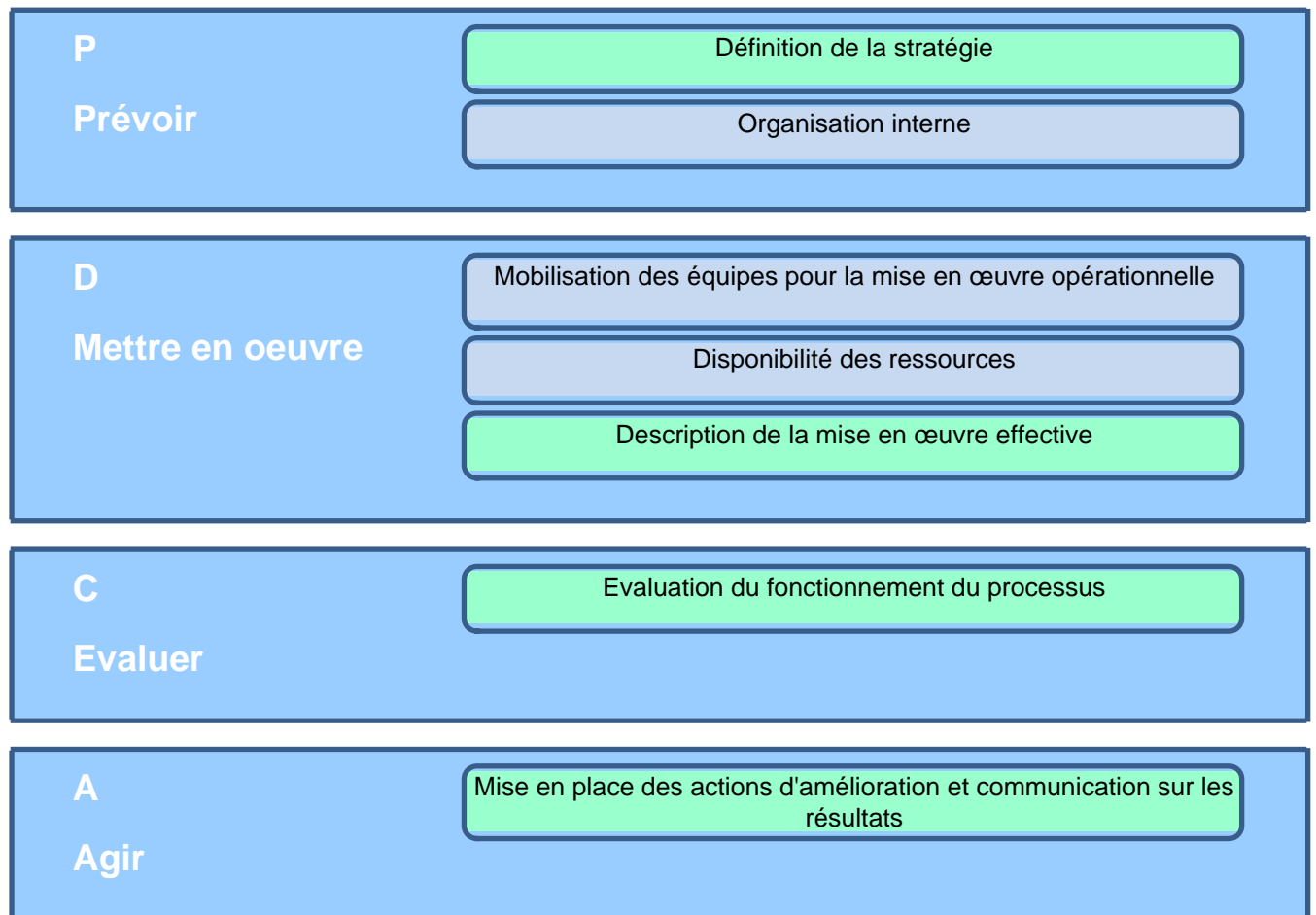
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

Les activités d'endoscopie concernent 7 disciplines différentes : gastro-entérologie (2000 actes/an), pneumologie (300 actes/an), cardiologie (ETO), urologie (600 actes/an), ORL, réanimation et anesthésie pour l'intubation difficile. Les actes nécessitant de l'anesthésie sont exclusivement réalisés au bloc opératoire et intégrés au programme opératoire.

La stratégie et les objectifs de ce processus ont été défini à partir d'une cartographie des risques élaborée par les cadres de santé avec les professionnels de tous les secteurs d'endoscopie et à partir du compte qualité défini au sein du comité endoscopie.

Le pilotage institutionnel commun est assuré par le comité endoscopie, validé par la CME. Ce comité décline et suit les programmes d'actions du compte qualité et de la cartographie des risques. Il a pour objectifs d'harmoniser les pratiques entre les différents secteurs, de mettre en place une démarche globale de la qualité et de gestion des risques. Il veille à la coordination des acteurs, au suivi des actions d'amélioration et à l'évaluation des pratiques. Les réflexions pour centraliser l'activité d'endoscopie (avec ou sans anesthésie) et le traitement des endoscopes thermosensibles sont en cours depuis plusieurs mois. L'établissement a reçu en février 2016, la confirmation de l'ARS, d'un accord pour la création d'un nouveau bâtiment associant bloc opératoire et endoscopie. Afin de faciliter la mise à disposition d'un endoscope bronchique (désinfecté depuis moins de 12H) en urgence, le recours à l'usage unique est à l'étude.

ORGANISATION INTERNE

Le comité endoscopie en place depuis août 2015 assure le pilotage global de l'ensemble des activités d'endoscopie. Un pneumologue assure la présidence de ce comité. Ses missions sont définies. Sa composition est pluri-professionnelle, associant médecins, cadres de santé, IDE d'endoscopie et ingénieur biomédical. Le comité a piloté un état des lieux afin d'identifier des actions d'amélioration et d'en assurer le suivi. Il est prévu que tout événement indésirable en lien avec l'endoscopie soit transmis au comité d'endoscopie pour analyse et traitement.

Les actes d'endoscopie nécessitant une anesthésie sont réalisés uniquement au bloc opératoire (digestif et uro). La charte de bloc intègre cette activité. Une vacation quotidienne est prévue à partir de 13h. Un gastro-entérologue participe au conseil de bloc. Tous les autres actes d'endoscopie sont réalisés dans une salle dédiée au niveau de chaque spécialité. Il existe 6 sites de traitement des endoscopes : 2 équipés de Laveur Désinfecteur d'Endoscope en gastro-entérologie et pneumologie et 4 équipés exclusivement pour l'entretien manuel en cardiologie, consultation d'urologie, consultation ORL et au bloc. Une enceinte de stockage des endoscopes thermosensibles (ESET) est utilisée depuis 2010 en gastro-entérologie.

L'organisation des endoscopies urgentes hors ouvrables est définie. Le service des urgences et la réanimation sont les seuls secteurs concernés. Les pneumologues et gastro-entérologues d'astreintes peuvent être sollicités. L'entretien de l'endoscope hors heures ouvrables est réalisé par le médecin opérateur qui a été formé à cette tâche. Les actes programmés en ambulatoire sont hospitalisés si possible dans l'unité de chirurgie ambulatoire. Compte tenu de la saturation de la chirurgie ambulatoire, des lits sont identifiés en cas de besoin, en gastro-entérologie et pneumologie pour héberger les actes ambulatoires

les endoscopies réalisées au bloc sont intégrées dans le programme opératoire informatisé. La planification des examens programmés d'endoscopie hors bloc est intégrée dans le dossier informatisé.

La mise à disposition de professionnels formés est réalisée sur l'ensemble des 6 sites et le bloc opératoire. Les rôles et missions de chaque cadre et des professionnels sont inscrits dans les fiches de poste respectives de chaque métier et dans les procédures. La formation par un organisme extérieur expert en endoscopie est déployée chaque année.

Le parc d'endoscopie est adapté aux besoins de chaque secteur afin de permettre la réalisation des contrôles microbiologiques et le remplacement en cas de panne. La GMAO permet de suivre les maintenances du parc, de plus un outil informatique en réseau (biomédical, services d'endoscopie et EOH) permet de connaître en permanence la disponibilité et la localisation de l'endoscope. Le suivi de la conformité des prélèvements microbiologiques est assuré et en communication partagée entre les services, l'EOH et le biomédical. L'ESET a été qualifiée et le suivi microbiologique réglementaire est organisé.

Les procédures et modes opératoires concernant la sécurité de la prise en charge sont établis, actualisés et intégrés dans la GED. Les documents d'information destinés au patient et formulaires de consentement sont prévus.

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de chaque secteur organise la mise en œuvre du processus conformément aux décisions du comité d'endoscopie. Il est chargé de la régulation du programme et du respect de la programmation au bloc pour tout acte nécessitant une anesthésie. Les cadres s'assurent du respect des bonnes pratiques : vérification de l'identité des patients, identification des prélèvements, respect des circuits patient, évacuation des déchets, bon fonctionnement des salles de traitement (suivi des bains de désinfectants...) et du respect des bonnes pratiques de désinfection des endoscopes. Il veille à l'approvisionnement des matériels nécessaires (usage unique) et à la bonne utilisation des équipements de protection individuelle. La check-list endoscopie est systématiquement mise en œuvre en gastro-entérologie, pneumologie et urologie. Des audits des pratiques sont réalisés annuellement par l'EOH dans chaque secteur depuis 2009 sur les pratiques d'entretien des endoscopes. L'établissement a participé à l'audit national du GREPH (GRoupe d'Evaluation en Hygiene Hospitalière) en 2015 dans tous les secteurs avec la participation des IDE d'endoscopie. Le comité d'endoscopie a réalisé en 2015 un état des lieux auquel les professionnels de chaque secteur ont participé. Le signalement d'événement indésirable est prévu dans le logiciel récemment déployé et connu de l'encadrement. Des actions d'amélioration ont été mise en œuvre suite aux audits d'entretien des endoscopes avec l'appui de l'EOH et de l'ingénieur biomédical. Le parc a été augmenté afin d'organiser les contrôles microbiologiques dans les délais réglementaires.

L'état des lieux a permis l'harmonisation des pratiques de stockage, de transport des endoscopes sales et désinfectés ainsi que des supports de traçabilité informatique et papier.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les IDE et aide-soignants sont formés par un organisme extérieur spécialisé en endoscopie. Le plan de formation intègre chaque année une formation premier niveau et second niveau. Les médecins endoscopistes amenés à réaliser des actes en urgence hors heures ouvrables ont été formés à l'utilisation des LDE. La gestion documentaire informatisée en place est accessible aux professionnels à partir des ordinateurs présents. Les procédures sont déclinées au regard des spécificités de l'endoscopie, des recommandations de bonnes pratiques, des règles d'hygiène. Elles sont rédigées et actualisées avec la participation des professionnels. Les procédures et modes opératoires concernant l'entretien des endoscopes thermosensibles et leurs contrôles microbiologiques sont formalisés et disponibles dans tous les secteurs. L'utilisation et les contrôles de l'enceintes de stockage (ESET) sont également formalisés et disponibles.

Les locaux permettent le respect des circuits du patient, des matériels, des déchets. Ils sont récents et spacieux en pneumologie et gastro-entérologie. Une salle de bloc est dédiée à partir de 13h au bloc opératoire pour les actes nécessitant de l'anesthésie. Les locaux en cardiologie et consultation ORL permettent la marche en avant et le respect des circuits. En consultation d'urologie la rénovation réalisée en 2013 a permis la création d'une salle d'examen avec traitement d'air permettant la réalisation d'acte invasif en cavité stérile sans anesthésie. L'entretien de ces locaux est protocolisé.

Les 2 secteurs équipés de LDE (pneumologie et gastro) sont également équipés de paillasse à 4 bacs afin d'assurer en mode dégradé, un entretien manuel. Le nombre de cuve disponible par LDE a été adapté à l'activité. Les contrôles microbiologiques de l'eau d'alimentation et de l'eau de rinçage terminal des LDE sont réalisés aux fréquences réglementaires et les résultats conformes. Une enceinte de stockage (ESET) existe en gastro-entérologie, les contrôles microbiologiques sont planifiés en partenariat avec l'EOH et le biomédical. Tous les secteurs réalisant un entretien manuel sont équipés de paillasse avec 4 bacs et hotte d'aspiration. L'eau de rinçage terminal est adaptée au type de désinfection (haut niveau ou niveau intermédiaire) ; elle est contrôlée trimestriellement. Le matériel nécessaire (écouvillons et brosses à usage unique) est disponible dans tous les secteurs. Les équipements de protection : gants nitriles à manchettes longues, tablier, lunettes et masque individuel avec filtre à charbon sont disponibles et utilisés dans tous les secteurs.

Les check-list d'endoscopie ont été intégrées dans le dossier patient informatisé pour l'endoscopie digestive, bronchique et urologique.

La traçabilité de l'entretien des endoscopes thermosensibles est informatisée dans un fichier harmonisé pour les activités de gastro-entérologie et pneumologie qui disposent de traitement automatisé par LDE. Un support papier unique pour l'ensemble des secteurs réalisant un entretien manuel est diffusé dans tous les autres secteurs. dans chaque secteur d'endoscopie est prévu un cahier de vie par endoscope.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs mettent en œuvre les organisations prévues. Le patient reçoit les informations utiles à son séjour et son endoscopie lors des différentes consultations : rapport bénéfice-risque, recueil de son consentement, risques spécifiques liés à l'acte. Les risques patients particuliers sont gérés dès la consultation initiale. Le risque ATNC est évalué et tracé dans le dossier patient. La gestion des traitements anticoagulants, anti agrégant et des allergies sont anticipés et intégrés dans la planification. L'ensemble des informations relatives à la prise en charge du pré, per et post opératoire est intégrée dans le dossier patient. Les check-lists d'endoscopie digestive et pulmonaire et urologie sont

systématiquement réalisées et intégrées dans le dossier patient informatisé. Elles mentionnent les vérifications de l'identité. La traçabilité des actes d'endoscopie, des endoscopes utilisés. La programmation des actes tient compte de la disponibilité des opérateurs, des locaux disponibles et du personnels. Le logiciel de programmation intégré au système informatique assure la coordination entre les secteurs de consultations, de soins et les secteurs d'endoscopie.

La permanence des soins, y compris en urgence, est assurée pour les activités d'endoscopie digestive et pulmonaire ; elle est également assurée en réanimation pour les ETO et les fibroscopies bronchiques.

Les professionnels connaissent les procédures et sont capables de les trouver dans la GED.

Le respect des circuits est effectif et la marche en avant respectée. Les mesures de prévention des risques professionnels sont effectives pour les risques infectieux (respect des précautions standard et utilisation des équipements de protection individuelle). Le nettoyage, la désinfection et le stockage des endoscopes sont réalisées dans tous les secteurs selon les procédures définies. La traçabilité est effective : informatisé ou papier selon les secteurs. La traçabilité des endoscopes en prêt ou maintenance est également opérationnelle. Le contrôle du bain désinfectant est réalisé et tracé. Les contrôles microbiologiques sont programmés pour chaque endoscope à canal (1 fois par an) et après tout retour de maintenance. L'enceinte de stockage est contrôlée trimestriellement. L'organisation de ces contrôles est réalisée en concertation avec le biomédical et l'EOH. La gestion des non conformités est pilotée par le praticien hygiéniste en collaboration avec les cadres de service. Les taux de conformité sont supérieurs à 80% pour l'ensemble des secteurs.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'ensemble des secteurs d'endoscopie fait l'objet d'actions d'évaluation. L'EOH pilote les évaluations ciblant le risque infectieux. Depuis 2009 des audits annuels sur l'entretien des endoscopes sont déployés. En 2015 l'audit national GREPHH d'évaluation des pratiques d'entretien des endoscopes thermosensibles, a concerné tous les secteurs. Un état des lieux des pratiques a été réalisé en 2015 dans chaque secteur, à la demande du comité d'endoscopie, dans l'objectif d'harmoniser les pratiques et les ressources matérielles. L'évaluation a porté sur les locaux, les circuits d'utilisation de l'endoscope, les moyens matériels disponibles, y compris pour le transport des endoscopes et les équipements de protection des professionnels.

En revanche, il n'y a pas de recueil des événements indésirables (EI) liés à l'acte d'endoscopie. Lors des discussions avec les pilotes, il a été acté qu'aucun EI, n'a été signalé. Le comité endoscopie n'a donc pu analysé aucun EI comme prévu dans son règlement intérieur. Ni CREX ni RMM dédié à l'endoscopie n'ont été mis en œuvre. En revanche, avant la mise en place du comité endoscopie, un signalement concernant un retard de prise en charge a été réalisé au bloc opératoire et traité en conseil de bloc permettant la résolution du défaut d'organisation.

A / AGIR

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

La politique de gestion du risque infectieux en endoscopie décline les actions d'amélioration du respect des règles d'hygiène sur l'ensemble des secteurs d'endoscopie. Les actions d'amélioration concernent l'entretien des endoscopes et l'armoire de stockage, elles sont définies par l'EOH et le biomédical. Elles ont permis une amélioration du taux de conformité des prélèvements microbiologiques, qui sont en 2015 supérieurs au seuil défini de 80% (100% pour les fibroscopies bronchiques). L'amélioration des pratiques en urologie a permis d'améliorer le taux de conformité de 67 à 91%. D'autre part, l'état des lieux réalisé par le comité endoscopie en 2015, a permis d'harmoniser les pratiques et les supports de traçabilité sur tous les secteurs. Les plans d'actions sont suivis dans les instances (comité d'endoscopie, CLIN). Les résultats sont communiqués aux professionnels et dans les instances.

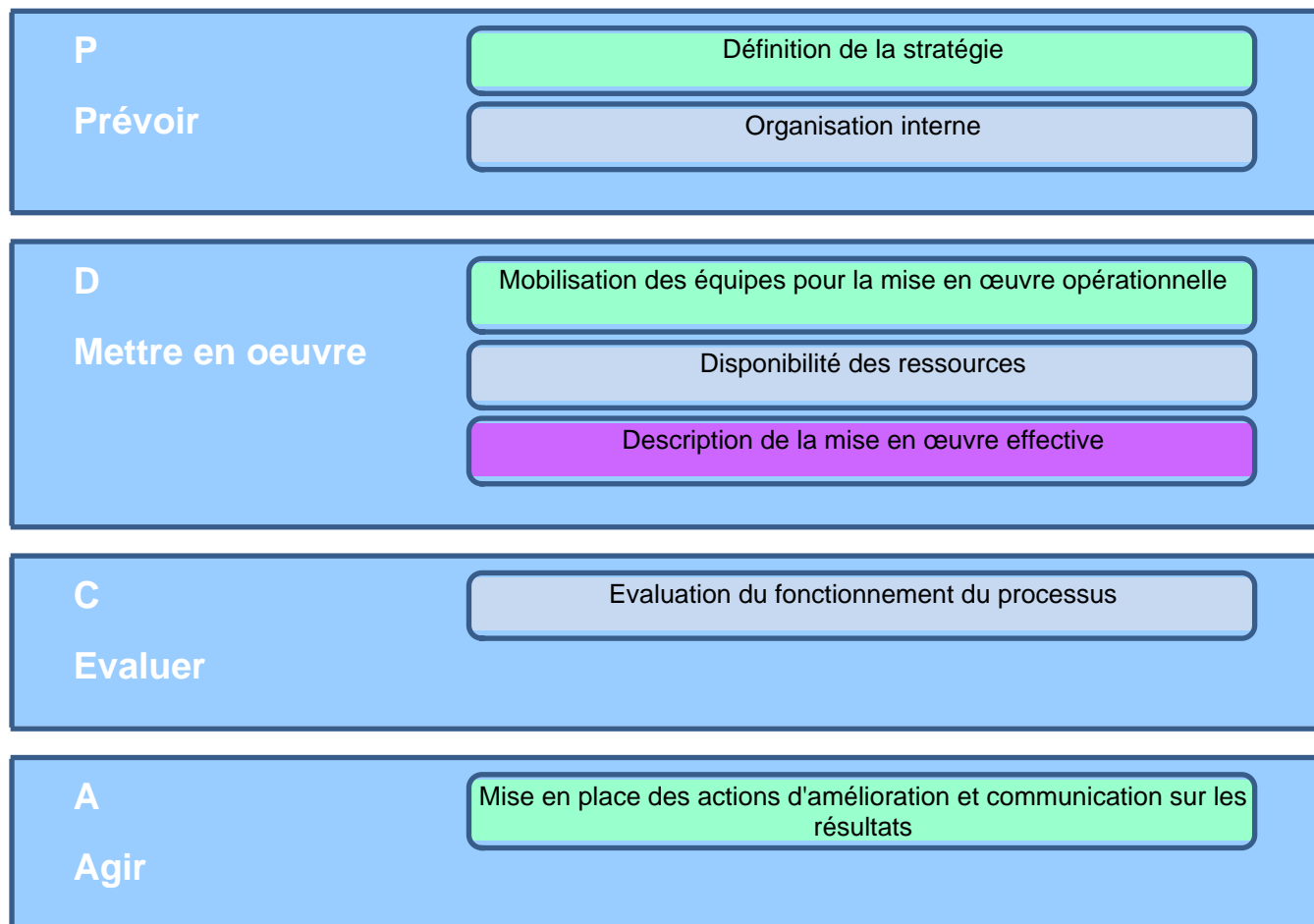
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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 de Grasse dispose d'une maternité de niveau 2B comprenant 32 lits de suites de couche, 9 lits de néonatalogie et 3 lits de soins intensifs. L'activité est de 1500 naissances environ par an. L'analyse de risque a été réalisée selon deux axes : la sécurité de la maman et la sécurité de l'enfant. Les résultats des indicateurs nationaux comme par exemple la prévention de l'hémorragie du post-partum ont été intégrés pour identifier les objectifs prioritaires d'amélioration avec l'ensemble des professionnels. Un programme d'actions décline ces objectifs prioritaires en cohérence avec le programme qualité institutionnel et le compte qualité. Ce programme précise les ressources et les modalités de suivi des actions.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes du processus de la salle de naissance sont deux cadres sages femmes, assistante du pôle femme, mère, enfant pour l'une et cadre de la maternité pour l'autre. Les missions sont formalisées. La prise en charge des patientes et des enfants est organisée au sein de la maternité et du réseau périnatal méditerranée en lien notamment avec le CHU de Nice. Les rôles et les responsabilités sont décrits dans la charte de fonctionnement du bloc obstétrical et dans la charte de fonctionnement du service d'obstétrique.

L'identification des besoins et des ressources nécessaires à la salle de naissance a permis de rénover les locaux en 2013 et de renouveler les équipements nécessaires. La formation des professionnels est organisée avec un tutorat de 2 mois. Les documents utiles sont formalisés et à la disposition des professionnels. Le dossier patient est sous format papier en salle de naissance et informatisé pour les autres étapes de la prise en charge.

Les circuits et interfaces entre la salle de naissance et les autres unités cliniques, médico-techniques, logistiques et administratifs sont définis et formalisés dans les chartes de fonctionnement en cohérence avec les missions et les compétences au regard des objectifs prioritaires validés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le suivi du plan d'actions de la salle de naissance est assuré lors des staffs de service. Cette organisation facilite l'appropriation par les professionnels des objectifs et des actions à mener. L'encadrement sensibilise régulièrement les équipes sur les priorités. Par exemple, la traçabilité des informations relatives à l'hémorragie du post-partum est un sujet abordé en entretien individuel. De même les évaluations de pratiques professionnelles et les revues de morbidité mortalité sont intégrées dans la démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les résultats de ces évaluations sont partagés avec les équipes et conduisent à l'identification et à la mise en œuvre d'actions correctives si besoin.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La salle de naissance du CH de Grasse dispose des ressources nécessaires à une maternité de niveau 2B. Les effectifs sont adaptés à l'activité et des formations nombreuses et variées sont mises en œuvre (encadrement et évaluation des étudiants sages-femmes, hypnose, préparation globale à l'accouchement, lien mère enfant éducation, ...). Ceci garantit le maintien des compétences. Les conduites à tenir en cas d'urgences correspondants aux codes couleur rouge, orange et vert sont formalisées, actualisées et connues des professionnels. Les locaux récemment rénovés sont conformes et facilitant pour la prise en charge des parturientes et des nouveaux-nés. Les équipements sont adaptés et font l'objet d'un plan de suivi et d'une maintenance avec traçabilité. A noter une salle physiologique dont l'équipement permet aux femmes qui le souhaitent d'accoucher sans médication.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Comme l'a montré le patient traceur réalisé lors de la visite, les professionnels de la salle de naissance connaissent et mettent en œuvre les organisations définies pour le fonctionnement et le management internes. Le travail en équipe est effectif.

La prise en charge de toute parturiente se fait dans le respect des règles de bienveillance. Dès le premier rendez-vous, la patiente est informée sur le parcours qu'elle pourra suivre si elle le désire : entretien précoce, cours de préparation à l'accouchement classique, hypnose, piscine... Lors de l'entretien précoce sont évoqués le projet de naissance et un éventuel parcours « salle nature ou physiologique ». Cet échange constructif permet au couple d'exprimer ses attentes et aux professionnels ses limites. Après consentement de la patiente, cet entretien est noté dans le questionnaire « suivi de grossesse ». La dimension familiale est très présente à chaque étape de la prise en charge.

Les données médicales essentielles au suivi (antécédents, facteurs de risques) et les conduites à tenir spécifiques identifiées en prénatal pour la prise en charge de l'accouchement, du nouveau-né et des suites de couches, sont intégrées au dossier informatisé. En cas de suivi pathologique, la patiente est orientée vers une surveillance « hôpital de jour ».

Suivant le cas, le dossier de la patiente peut être soumis au staff hebdomadaire pour une décision collégiale retranscrite sur le dossier.

La salle de naissances accueille 24h/24h toutes les urgences obstétricales à partir de 22 semaines d'aménorrhées. A l'admission, le protocole d'identification est appliqué, après un examen clinique et obstétrical suivi d'un enregistrement du rythme cardio foetal (RCF), la sage femme oriente la patiente vers la salle de pré-travail ou la salle d'accouchement en fonction de l'avancement du travail ou de la nécessité d'une surveillance rapprochée maternelle ou fœtale.

La surveillance clinique et para-clinique du travail est tracée dans le partogramme, ainsi que l'analyse du RCF et toutes les données relatives au déroulement du travail, de l'accouchement et de la délivrance.

Lors d'une analgésie péridurale (selon le choix de la patiente), la surveillance est consignée dans le dossier anesthésique.

La surveillance de la patiente et du nouveau-né se prolonge dans les 2 heures qui suivent la naissance. Cette surveillance de la prévention de l'hémorragie du post-partum immédiat est tracée dans le dossier de la patiente. La première mise au sein et la surveillance du nouveau-né en peau à peau sont tracées dans le dossier patient informatisé du nouveau-né.

La sortie de la salle d'accouchement ou de la SSPI est validée après examen de l'accouchée et du nouveau-né, la transmission des prescriptions est réalisée et tracée dans le dossier. De plus, la sage-femme communique par téléphone directement à la sage-femme des suites de couches responsable de la patiente, un résumé de l'accouchement et des suites. Le dossier informatisé et le dossier papier suivent la patiente en suites de couches. L'habitude du travail en équipe permet une capacité collective d'analyse et de récupération. Le dispositif de traçabilité est facilitant.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus de la salle de naissance s'appuie sur les évaluations de pratiques professionnelles suivantes :

- césariennes programmées : information de la patiente (indication, rapport bénéfices/risques, traçabilité de l'information donnée) ;

- sécurité de la naissance : de la salle de naissance à l'unité de soins intensifs ;

mais aussi sur le recueil des indicateurs IPAQSS et sur les revues de morbidité mortalité.

Un bilan des résultats est réalisé chaque année et partagé avec les équipes de la salle de naissance pour identifier les actions correctives.

A / AGIR

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

Le résultat des évaluations permet de définir et de mettre en œuvre les actions d'amélioration en cohérence avec le programme d'actions institutionnel. Les staffs hebdomadaires de la salle de naissance permettent d'assurer le suivi de ces actions et de réajuster les objectifs si besoin. La traçabilité est assurée dans les comptes-rendus de ces réunions facilitant ainsi la communication auprès des professionnels ainsi que leur appropriation.

La communication externe notamment auprès des usagers s'appuie sur le journal interne qui précisent l'état d'avancement de la démarche qualité.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer de l'existence, de la mise en œuvre et de l'évaluation de la qualité et la sécurité des équipements et produits médicaux et non médicaux mis à disposition au domicile du patient par l'HAD.

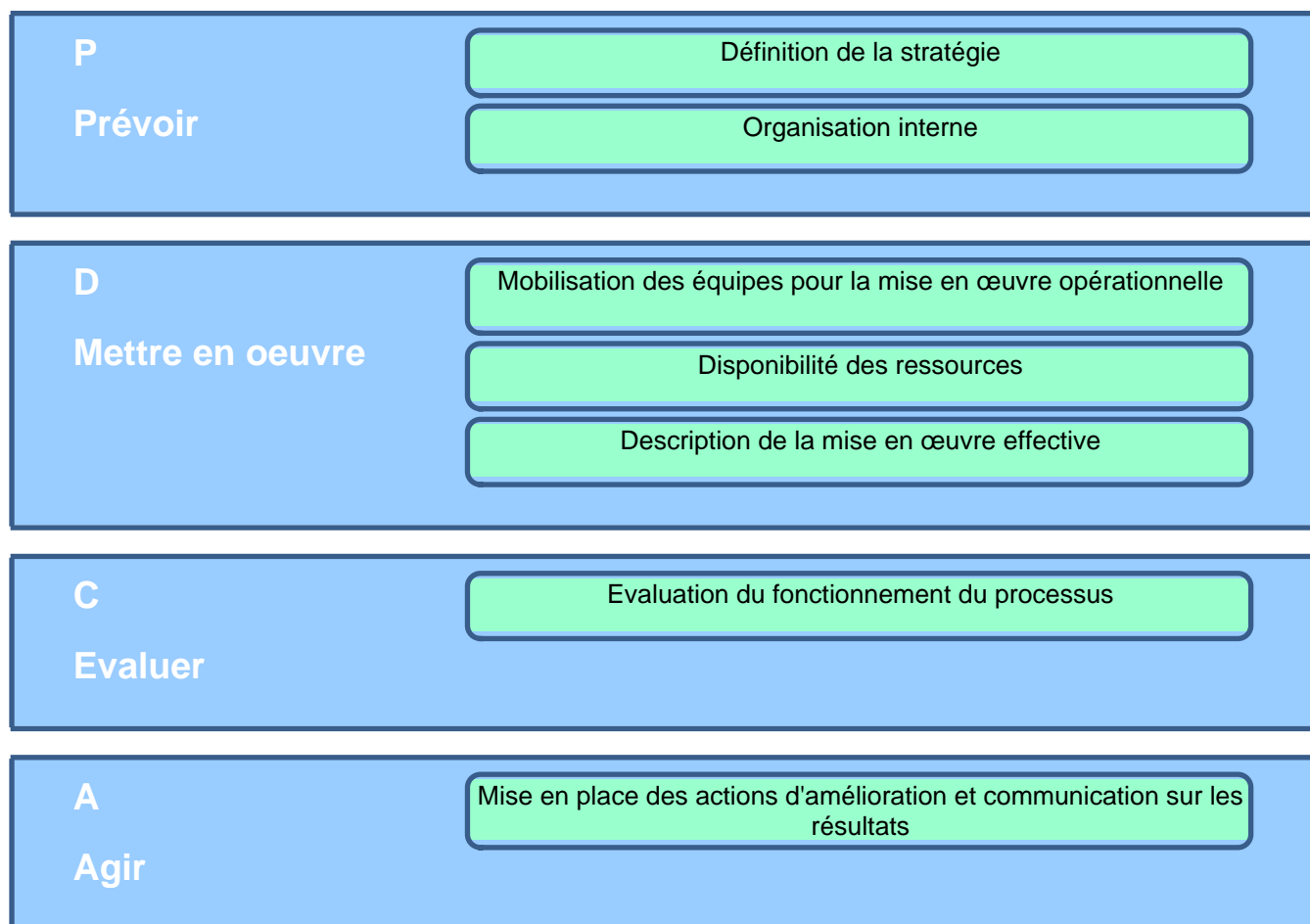
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

- le matériel d'assistance respiratoire, de perfusion, de nutrition, le matériel utilisé dans les techniques de pression négative ;
- les dispositifs médicaux stériles et non stériles, y compris le matériel dit "hôtelier" (par exemple le lit).

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La politique de gestion des équipements s'appuie sur des conventions de partenariat passées avec plusieurs prestataires. Un document intitulé "le référentiel hospitalisation à domicile" récemment actualisé intègre différentes procédures spécifiques au parcours du patient ainsi que des fiches explicatives. La fonction logistique est supervisée par le cadre supérieur de santé et la secrétaire médicale. Les risques identifiés font l'objet d'un plan d'actions.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus. Les rôles et les responsabilités sont identifiés.

Au regard des besoins et risques identifiés liés à la gestion des équipements et produits au domicile, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles (locaux, équipements, véhicules pour le transport du personnel se rendant au domicile des patients, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositifs de gestion documentaire) nécessaires. L'établissement organise également le transport et l'élimination des déchets à partir du domicile des patients. Le circuit est protocolisé. Des actions de communication sont prévues. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre les professionnels et entre les secteurs d'activité, permettant l'articulation cohérente des missions et des compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre de santé, s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues notamment des procédures, protocoles, et consignes. Les professionnels ont connaissance de l'organisation en place et sensibilisent les professionnels externes (infirmiers libéraux...) intervenants au domicile, aux risques identifiés ou sur le processus. Des actions correctives sont mises en place en cas de besoin.

Des formations sont réalisées en interne auprès des professionnels de l'établissement notamment sur la gestion du risque infectieux, la prise en charge de l'urgence vitale... Pour les soins infirmiers à risque, seuls les infirmières de l'établissement interviennent.

Une procédure intitulée "sécurité des patients à haut risque vital " décrivant les actions à mettre en œuvre est formalisée mais n'a jamais été utilisée à ce jour.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs suffisants et formés), matériels (dont locaux et équipements) et en documentation (accessible, actualisée et connue) sont disponibles. La convention passée avec le prestataire décrit les modalités pour la mise à disposition du matériel, le retour, la modification d'un matériel ainsi que les délais d'intervention. Des formations et informations des professionnels sont réalisées par les prestataires à la mise en place du matériel et à la demande si besoin. Des modalités spécifiques pour garantir un approvisionnement en urgence est en place. Une traçabilité est assurée. Des véhicules sont mis à disposition des professionnels dont la gestion est structurée (nettoyage, révision, renouvellement). Une charte d'utilisation des véhicules est signée par les professionnels de l'HAD.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le secteur d'HAD met en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management interne. Les nombreuses interfaces entre les secteurs sont opérationnelles (services d'amont pour une ré-hospitalisation éventuelle, service libéral et médical pour la prise en charge du patient, appels aux spécialistes quand cela devient nécessaire en intra ou extra hospitalier, laboratoires pour imagerie ou pour des bilans sanguins, etc.). La traçabilité des activités est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation en place des fonctions logistiques repose sur des rencontres avec le prestataire principal organisé depuis peu et sur le questionnaire de satisfaction du patient qui intègre un item sur "la satisfaction du matériel médical". Un bilan de ces évaluation est réalisée régulièrement.

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

L'analyse des évaluations réalisées conduit à la définition et à la mise en œuvre d'actions d'amélioration en cohérence avec le compte qualité. Par exemple la remise au patient d'une notice simplifiée par le prestataire est une de ces actions. La communication des résultats et des actions est partagée en équipe.