



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER DU
PAYS D'APT**

Route de marseille
84400 Apt
JANVIER 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. NIVEAU DE CERTIFICATION	8
2. DÉCISIONS	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.	8
5. ACCRÉDITATION DES LABORATOIRES DE BIOLOGIE MÉDICALE	8
6. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	22
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	30
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	45
GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION	50

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT	
Adresse	Route de marseille 84400 Apt
Département / région	VAUCLUSE / PACA
Statut	Centre Hospitalier
Type d'établissement	Etablissement de santé

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens	GCS995	GCS APT-AVIGNON	Route de marseille 84405 APT
GCS de moyens	840017677	GCS POLE D'IMAGERIE MEDICALE DU PAYS D'APT	Route de marseille 84405 APT
Entité juridique	840000012	CH D'APT	Route de marseille 84400 APT
Etablissement de santé	840000343	CENTRE HOSPITALIER DU PAYS D'APT	Route de marseille 84400 Apt
Etablissement de santé	840018337	CH D'AVIGNON HENRI DUFFAUT CHIRURGIE	Route de marseille 84405 APT
Etablissement de santé	840007579	SERVICE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER D'APT	Avenue philippe gerard 84400 Apt

Activités				
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de place d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	182	/	1

MCO	Gyneco-Obstétrique	9	1	/
MCO	Médecine	46	6	/
SLD	SLD	40	/	/
SSR	SSR	30	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	<ul style="list-style-type: none"> - Centre Hospitalier d'Avignon - Hôpital local de Gordes - CHI Cavaillon-Lauris - EHPAD privé Saint Christol - EHPAD public de Saint Saturnin Lès Apt - Hôpital local de l'Isle sur la Sorgue - CH d'Aix en Provence - HADAR - CHS de Montfavet
Regroupement / Fusion	//
Arrêt et fermeture d'activité	<ul style="list-style-type: none"> - Consultation du médecin de Santé Publique : Janvier 2012 - Activité de chirurgie rattachée au GCS Apt-Avignon : Juillet 2011
Création d'activités nouvelles ou reconversions	<ul style="list-style-type: none"> - Extension du SSR depuis Septembre 2013 - Lits de soins palliatifs depuis Août 2012 - Court séjour de gériatrie depuis Septembre 2013 - UHCD depuis Juillet 2011

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

Au vu des éléments mentionnés dans le présent rapport, issus de la visite sur site, la Haute Autorité de santé prononce la certification de l'établissement avec recommandation.

2. Décisions

Recommandations d'amélioration

Prise en charge des urgences et des soins non programmés

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

Le prochain compte qualité sera transmis à la Haute Autorité de santé dans un délai de 24 mois.

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 du système d'information

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	Maternité	Accouchement par voie basse	Urgence	Simple	
2	Adulte H/F	Médecine	maladie tube digestif	Programmé	Avec endoscopie	MCO
3	Adulte H/F	SSR	Risque de Dépendance	Programmé	Médecine complexe	SSR
4	Adulte H/F	Cholécystectomie	Chirurgie Viscérale	Programmée	Simple	MCO

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

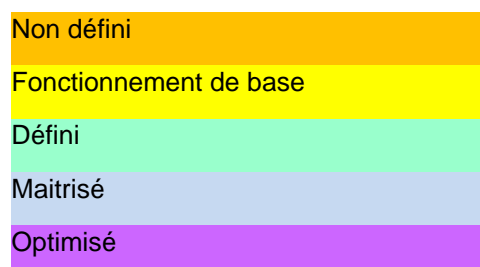
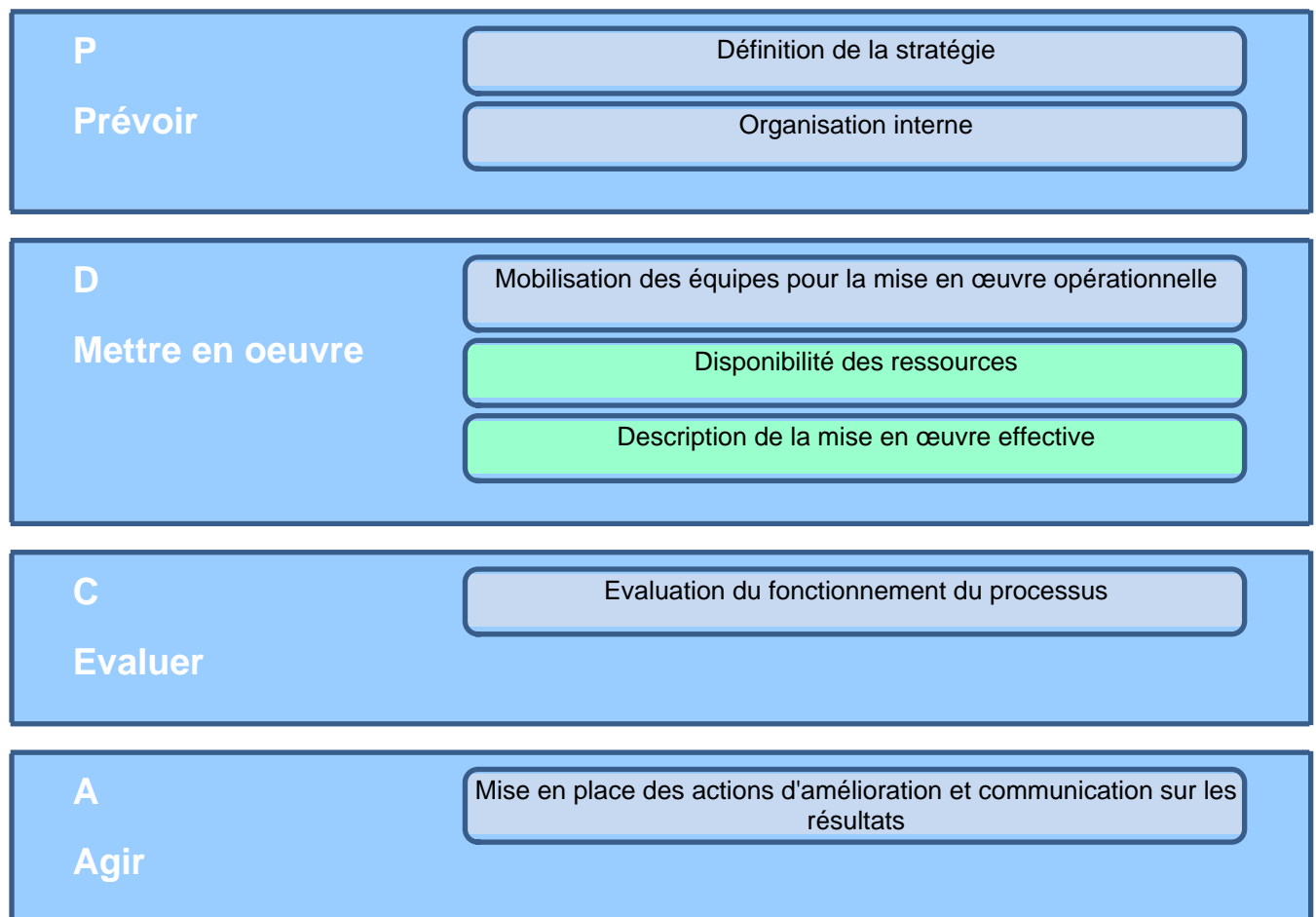
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le directeur de l'établissement et le président de la C.M.E. ont formalisé leur engagement dans l'élaboration et le suivi de la démarche d'amélioration continue de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins. Le président de la C.M.E. au travers d'un document signé a réaffirmé son engagement. La politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins est définie en lien avec l'analyse des besoins et la hiérarchisation des risques et regroupe les différentes organisations mises en place et permettant d'identifier ces risques :

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

Cette politique générale de management de la qualité et de la sécurité des soins comprend des objectifs et intègre des indicateurs mesurables déclinés par secteur d'activité. Elle est déployée pour l'ensemble des secteurs d'activité et tient compte de leur spécificité. Elle est validée par les différentes instances et révisée au moins annuellement en fonction des résultats obtenus et sur la base du rapport de la CRU. La stratégie de développement de la démarche d' E.P.P résultant d'une concertation entre les professionnels de santé et les gestionnaires, est inscrite dans la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

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

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

Les démarches réalisées dans le cadre du dispositif d'accréditation des médecins sont intégrées dans le programme global d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Les actions du programme sont priorisées selon un processus de hiérarchisation défini.

Pour chaque plan d'actions un ou des pilotes sont identifiés, un échéancier et des modalités de suivi sont définis. Certains plans d'actions font l'objet d'un suivi au niveau des pôles d'activités et intégrés à l'échelle de l'établissement afin d'en assurer un pilotage global. Le programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

Le dispositif de management de la qualité et de la gestion des risques est formalisé et comprend un niveau de gouvernance et de politique institutionnelle, un niveau de pilotage, de coordination et d'animation et un niveau de mise en œuvre opérationnelle.

Les rôles et les responsabilités des différents acteurs sont définis et formalisés dans des fiches de poste. La fonction de coordination de la gestion des risques associés aux soins est assurée conformément à la réglementation. La quotité de temps dédié pour assurer la fonction est définie.

Le pilotage des différentes missions est défini :

- gestionnaire des risques
- référents des risques
- développement de la démarche d' E.P.P. dans les secteurs d'activité
- veille réglementaire
- vigilances sanitaires
- gestion des plaintes et réclamations
- gestion des évènements indésirables
- gestion de crise
- maîtrise du risque infectieux

Des binômes référents qualité/risque sont identifiés par pôle.

Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité

des soins sont définies. Les besoins en formation initiale et continue des acteurs sont définis, y compris pour les nouveaux arrivants. Un dispositif de gestion documentaire est en place. L'établissement a mis en place des modalités de coordination permettant d'assurer la mobilisation de toutes les compétences au service de la gestion des risques associés aux soins :

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

- une coordination est en place entre les différentes vigilances, la veille sanitaire et la gestion de QGDR

- une coordination est organisée entre l'établissement et les structures régionales et nationales de vigilance et de veille sanitaire

Un point QGDR est inclus régulièrement dans les instances, le journal interne et les notes d'information.

Pour mettre en œuvre, suivre et pérenniser les démarches qualité et gestion des risques, l'établissement s'appuie sur des méthodes et outils tels que :

- la diffusion sur intranet de documents supports (gestion documentaire), moyen de communication entre tous les services y compris les réunions de service.

- l'informatisation de la déclaration des événements indésirables

- les questionnaires de satisfaction

- le tableau de bord de suivi des évaluations de pratiques professionnelles

- des méthodes d'analyse de type ALARM, RMM, Remed, CREX, Audit

- la cartographie des risques.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement met en place des actions concourant à sensibiliser et à impliquer les professionnels dans des démarches qualité et sécurité des soins (réunions, journées dédiées). La mobilisation des professionnels pour la mise en œuvre opérationnelle de la démarche qualité et l'appropriation d'une culture de sécurité des soins est effective :

- plans d'actions dans les secteurs d'activité

- organisation pour la mise en œuvre de démarches d'E.P.P.

- relais effectif par l'encadrement

- organisation d'une communication interne permettant le partage de l'information ascendante et descendante.

La charte d'encouragement aux signalements d'événements indésirables a été diffusée sur la G.E.D. le 08/01/2015.

Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

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

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Des actions de formation sont mises en œuvre :

- formation à l'utilisation de supports de signalement des événements indésirables,

- formation aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes

- formation à l'analyse des risques a priori

Des outils d'aide méthodologique et d'accompagnement sont mis à disposition des professionnels (grilles d'analyse de risques, E.P.P.).

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

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

- procédures/protocoles mis en place pour maîtriser les risques dans les secteurs d'activités

- projets de service

- outils d'aide méthodologique

- guides de bon usage des soins

- documents permettant le recueil des attentes des usagers

- plans d'urgence permettant de faire face aux situations de crise

- fiches de signalement des événements indésirables

- documents permettant de répondre à des alertes sanitaires descendantes et ascendantes

- documents permettant d'assurer l'hémovigilance et la sécurité transfusionnelle

- documents permettant d'assurer la gestion des plaintes et réclamation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les démarches de management de la qualité et de gestion des risques sont mises en œuvre et animées au quotidien par la cellule qualité, par la cellule VIGI, sous l'égide du coordonnateur de la gestion des risques, événements indésirables

Les référents qualité, composés de professionnels paramédicaux et de l'encadrement, assurent le lien entre les agents de leur unité et la cellule qualité. Ils assurent la communication ascendante et descendante des informations relatives à la mise en œuvre de la politique et du projet qualité et gestion des risques. Ils participent aux réunions qualité, ainsi que ponctuellement à différents groupes de travail sur des thématiques liées aux démarches de qualité et gestion des risques.

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

Une cellule de crise est opérationnelle.

La représentation des usagers au sein de l'établissement est effective et organisée et la satisfaction des usagers est régulièrement évaluée à chaud (questionnaires de sortie) comme à froid (enquête post-hospitalisation, enquêtes auprès des partenaires et professionnels de santé). L'intervention des associations dans les secteurs d'activité est facilitée.

Cependant, les déclarations d'événements indésirables ne sont pas systématiques au sein de l'établissement. La politique des événements indésirables est en place et le nombre de déclarations est en augmentation constante. Néanmoins, la culture de la déclaration n'est pas généralisée. Elle est "individu-dépendant". Toute déclaration faite est connue dès son émission par la direction et la coordonnatrice.

Une partie du personnel associe encore la déclaration à la dénonciation ou la culpabilisation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Une évaluation régulière du processus est réalisée. Elle est basée sur le suivi annuel de la mise en œuvre du programme Q.G.D.R. à l'échelle de l'établissement.

Le bilan réalisé permet de mesurer l'impact de l'action en termes de réduction du niveau de risque et d'amélioration des pratiques.

Des tableaux de bord permettent de suivre régulièrement la progression des indicateurs qualité retenus par l'établissement.

Les résultats inférieurs aux seuils ou aux objectifs fixés sont examinés avec une attention particulière au sein des instances et dans le cadre des réunions direction/secteurs d'activité pour identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Les résultats des évaluations et des actions conduites sont diffusés en interne :

- l'établissement rend compte de ses démarches E.P.P. devant ses instances
- les résultats des indicateurs nationaux généralisés sont affichés.

La stratégie de l'établissement est ajustée en fonction du suivi des indicateurs

- politique Q.G.D.R. et stratégie de développement de l'EPP révisées
- P.A.Q.S.S. réajusté et nouveaux objectifs d'amélioration mesurables définis
- Benchmarking externe et interne

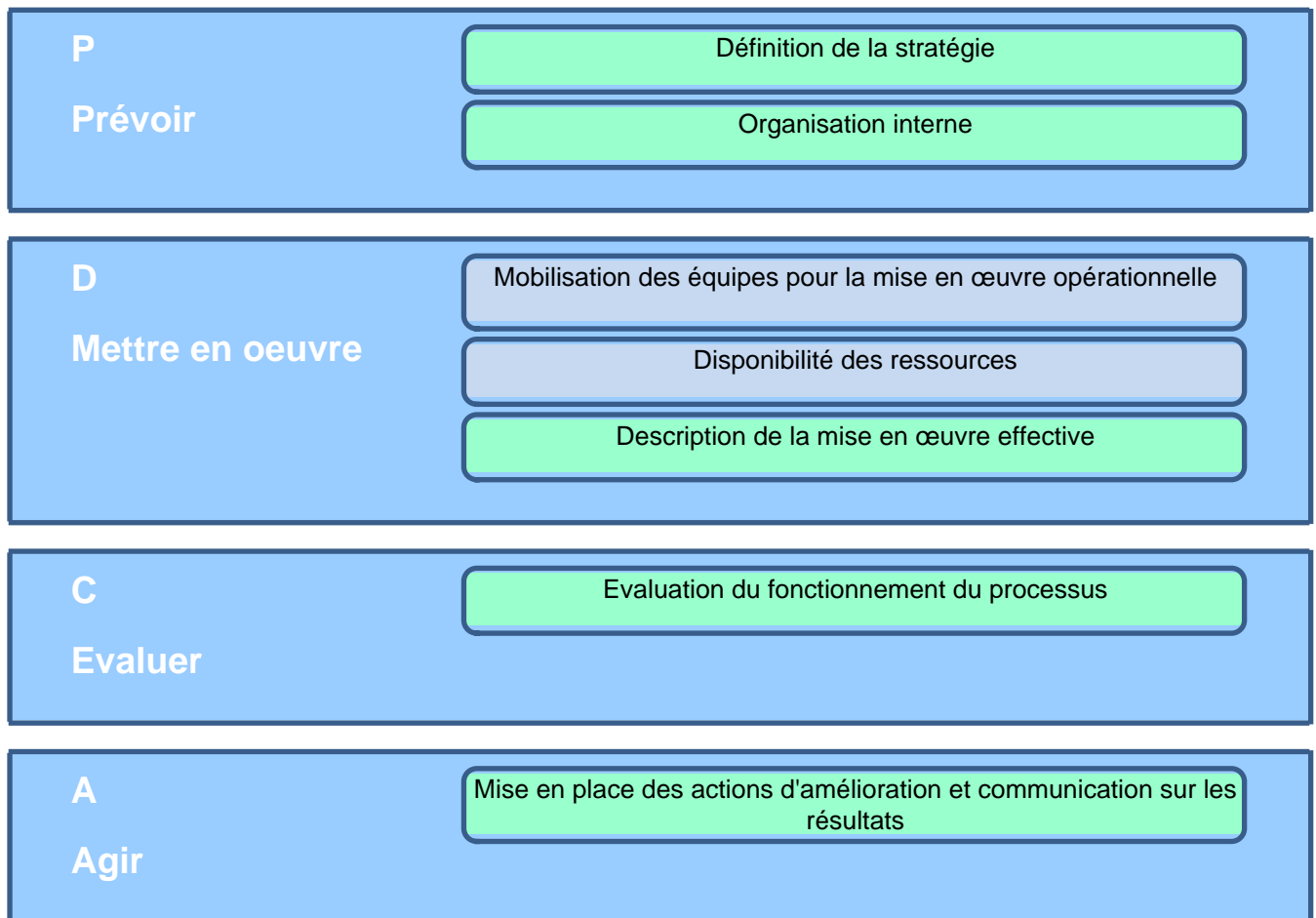
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

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 politique de gestion du risque infectieux est formalisée pour tous les types de séjour, toutes les prises en charge et tous les pôles y compris le pôle administratif.

La politique est portée par la CME comme indiqué dans la Politique Qualité, Sécurité des soins, Gestion des risques (gestion globale et coordonnée des risques visant à lutter contre les infections associées aux soins), le CLIN et l'EOH.

Les objectifs sont définis dans le bilan annuel d'activité, en tenant compte des évolutions réglementaires, des différents plans nationaux de prévention des infections associées aux soins, des résultats des différents audits, de la dernière certification.

Une cartographie des risques infectieux avec hiérarchisation des risques et priorisation des plans d'actions définis a été définie.

Des axes d'amélioration spécifiques à l'établissement sont inclus dans le Compte Qualité élaboré par les acteurs du processus de prévention du risque infectieux.

ORGANISATION INTERNE

Une cartographie des différents processus de Lutte contre les Infections Nosocomiales est formalisée, avec identification des processus de pilotage, de réalisation, et des processus supports.

L'organisation pour promouvoir la maîtrise du risque infectieux et la maîtrise des conditions optimales d'hygiène des locaux est structurée en fonction des différents sous-processus que sont la surveillance environnementale, la lutte contre les infections associées aux soins : précautions standard, précautions complémentaires (air, BMR, bionettoyage).

La composition et les responsabilités au CLIN sont définies. Un représentant des usagers est membre du CLIN qui fonctionne selon une charte de fonctionnement.

Les fiches de poste intègrent les activités de bionettoyage.

Des correspondants en hygiène sont nommés dans les services. Le règlement intérieur du Réseau des correspondants en hygiène définit les missions des correspondants : informations, surveillance, évaluation, et définit les modalités de fonctionnement du réseau.

De nombreuses procédures et protocoles de surveillance du risque infectieux sont élaborés, actualisés, validés et mis à disposition des personnels dans le système de gestion documentaire.

La veille réglementaire est organisée et réalisée.

Les procédures de bionettoyage sont formalisées, adaptées aux locaux concernés, selon des zones à risques identifiées.

Des formations périodiques des professionnels à l'hygiène, notamment bio nettoyage et prévention du risque infectieux sont organisées. Selon les thématiques, elles s'adressent aux différentes catégories de personnel : AS, ASH, personnels médicaux et paramédicaux.

Des formations spécifiques sont prévues pour les nouveaux arrivants et internes.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La culture qualité gestion des risques concernant la maîtrise du risque infectieux, est portée par le CLIN, l'EOH avec une mobilisation soutenue auprès des services cliniques. Toute information nouvelle est communiquée par l'EOH au cadre des services cliniques et aux correspondants en hygiène qui se chargent de la transmission aux professionnels de l'unité.

Des réunions régulières des correspondants d'une part, de l'EOH d'autre part permettent un travail multi-professionnel. Les procédures et protocoles sont élaborés par les acteurs directement concernés selon les thèmes (protocoles de soins, endoscopes, surveillance environnementale), le compte qualité a été élaboré par les membres du CLIN et l'EOH.

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration de la maîtrise du risque infectieux spécifiques à la prise en charge du patient selon l'unité et la pathologie concernées, et les personnels de l'encadrement et de la Direction des soins, en collaboration avec l'EOH s'assurent du respect des protocoles en vigueur.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences des professionnels en hygiène sont disponibles, en particulier les membres de l'EOH qui agissent en temps que personnes ressources aussi souvent que nécessaire dans les services cliniques. Les actions de formation régulières à l'hygiène sont mises en œuvre.

Les procédures d'hygiène, régulièrement réactualisées sont mises à disposition du personnel des services dans le système de gestion documentaire institutionnel. Les personnels rencontrés savent comment y accéder. La procédure en cas d'AES est affichée dans les services.

Les équipements de protection sont à disposition des personnels.
Le matériel de bionettoyage est adapté selon les besoins.
Le patient est informé du programme de lutte contre les infections associées aux soins dans le livret d'accueil de l'établissement.
Des dépliants d'information aux patients sont disponibles selon les situations, en particulier dans le cas d'isolement BMR, ou d'épidémie.
En cas d'aménagement et/ou de travaux, l'EOH est sollicitée pour avis par rapport aux mesures de confinement à mettre en œuvre.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont mises en œuvre, comme l'attestent les résultats des indicateurs. Les procédures de Bionettoyage sont mises en œuvre et tracées. Les contrôles environnementaux sont réalisés selon un plan d'échantillonnage, et des seuils d'alerte définis, avec actions correctives si besoin.
Les contrôles des endoscopes sont réalisés en lien avec l'EOH. Les précautions standard et les précautions complémentaires sont mises en œuvre selon le cas. La traçabilité des patients BMR est assurée, avec prescription de l'isolement, suivi quotidien des BMR et mise en œuvre des précautions spécifiques.
La gestion des épidémies est mise en œuvre quelle que soit la prise en charge du patient.
La traçabilité de la réévaluation dans le dossier patient de l'antibiothérapie entre la 24^{ième} heure et la 72^{ième} heure est réalisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le rapport d'activité et le programme d'actions issu de ce rapport sont présentés aux instances et évalués annuellement lors de cette présentation.
Un plan d'évaluation est établi en tenant compte des évaluations "permanentes" par indicateurs selon les protocoles nationaux, des exigences liées à ces indicateurs (taux de bactéries multi résistantes BMR, bactériémies à Staphylocoques Aureus , Clostridium),
D'autres évaluations périodiques du dispositif de maîtrise du risque infectieux sont mises en œuvre.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration du dispositif de maîtrise du risque infectieux et d'optimisation du bionettoyage des locaux sont mises en œuvre en fonction des résultats obtenus. Des groupes de travail sont mis en place selon les thématiques abordées.
Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats est réalisée, en interne comme en externe, notamment, auprès des professionnels et des usagers.

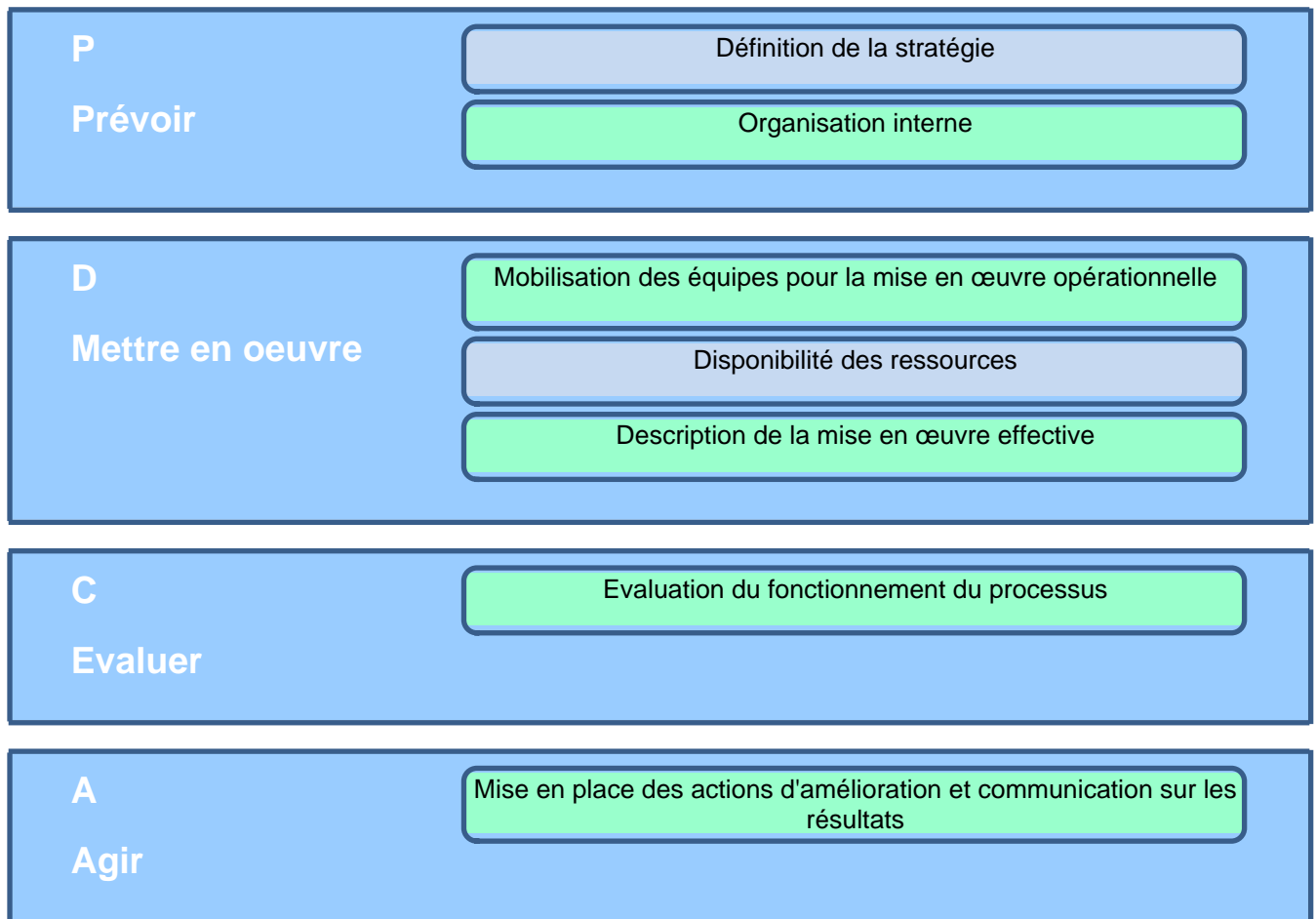
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de promotion des droits et de la bientraitance des patients. Il a identifié ses besoins et analysé ses risques en impliquant la CRUQ et les représentants des usagers et en utilisant les différentes sources de données à sa disposition (questionnaires de satisfaction, audits, enquêtes, plaintes et réclamations, bilan CRUQ, analyse des EI). Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'actions à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient. La politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie à partir de cette analyse de risques. Elle est validée par les instances, révisée périodiquement et fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables par secteur d'activité. Ces objectifs d'amélioration sont inscrits dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats).

ORGANISATION INTERNE

Une organisation pour piloter et mettre en œuvre la politique « bientraitance et promotion des droits des patients » est définie dans l'établissement. Le pilotage de la mise en œuvre de cette politique et du suivi du programme d'action sont assurés par la « commission pluridisciplinaire de réflexion éthique » qui veille également à la communication des résultats. Le rôle et les responsabilités des professionnels concernés sont définis. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. Les projets de l'établissement (projets des secteurs d'activité, projets architecturaux) intègrent les dimensions de respect de la dignité et de respect de l'intimité du patient. La gestion des interfaces et des circuits est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en œuvre. Le management des secteurs d'activité s'est saisi des enjeux liés à la bientraitance et au respect des droits des patients :

- dans les situations nécessitant une restriction de liberté (isolement, contention)
- dans la mise en œuvre du respect des libertés individuelles (réalisation d'un jardin équipé de bornes anti fugue pour permettre aux patients de sortir de l'environnement hospitalier. Ces patients sont équipés d'un bracelet d'autonomie)
- dans le service de maternité, les professionnels veillent au renforcement du respect de la dignité du nouveau né, de l'amélioration du vécu de l'accouchement de la femme (accouchement musique, l'augmentation de l'implication du père...)
- dans le cadre du recueil de la volonté du patient (personne de confiance, directives anticipées, information et consentement éclairé)

Les projets de prise en charge prennent en compte les risques liés à leur non-respect. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement. Les professionnels de santé bénéficient de dispositifs leur permettant de développer leurs compétences dans ce domaine (bientraitance, droits des usagers, information du patient en cas de dommage lié aux soins, respect des libertés individuelles). Ils sont formés au respect de la confidentialité des informations relatives au patient. L'établissement adapte ses locaux, ses équipements et sa signalétique pour répondre aux besoins des populations accueillies. Un dispositif est en place afin d'accueillir au mieux les proches du patient.

Les ressources documentaires sont disponibles et actualisées.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur montrent la mobilisation des équipes pour la prise en compte de ces questions :

- soins réalisés dans le respect de la dignité et de l'intimité
- actions de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance
- conditions d'hébergement permettant le respect de la dignité et de l'intimité des patients
- respect de la confidentialité des informations relatives au patient.
- accès aux secteurs d'hospitalisation facilités pour l'entourage
- accueil et soutien de l'entourage
- désignation de la personne de confiance
- participation du patient à l'élaboration et à la mise en œuvre de son projet de soins personnalisé
- démarche d'information du patient en cas de dommage lié aux soins.

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

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

Des modalités spécifiques d'information sont mises en œuvre en cas de diagnostic grave ou d'aggravation de l'état de santé en tenant compte des facultés de compréhension et de discernement. Des documents d'information sont mis à la disposition des patients et l'accès à ces ressources est facilité. Les patients sont informés de leurs droits.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des modalités d'évaluation régulière du processus sont déployées et l'établissement mesure l'efficacité des actions mises en œuvre via notamment un tableau de bord des indicateurs (défauts de signalement des cas de maltraitance, difficultés de gestion des restrictions de liberté, etc.).

A / AGIR

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

Des actions sont prévues pour améliorer la prévention de la maltraitance et le signalement des cas de maltraitance (Sensibiliser le personnel soignant, Établir un état des lieux des situations à risque, Former le personnel "Équilibre et mobilité de la personne âgée, Mettre en place des bracelets d'autonomie anti fugue). Des supports et modalités de diffusion sont établis. La communication des résultats et actions est réalisée.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

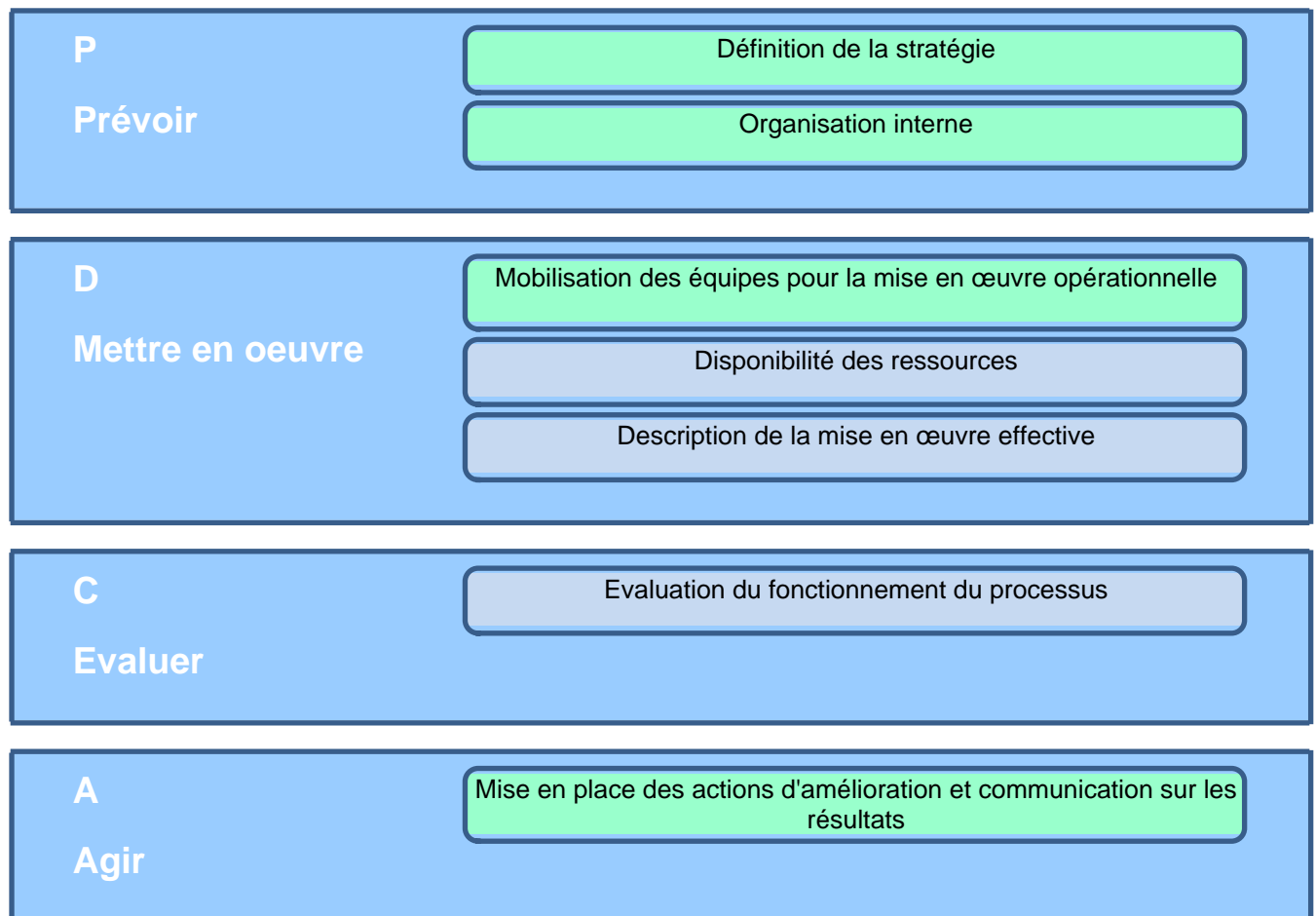
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins en externe et interne, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement.

L'identification des risques tient compte des résultats des indicateurs et tableaux de bord, de l'analyse du précédent projet d'établissement et des différents audits.

Cette politique est validée par les instances concernées, puis déclinée dans un programme d'action priorisé et formalisé.

La politique est décrite dans le projet d'établissement 2013-2017.

Le parcours de soins est au cœur du projet médical et de soins 2013-2017.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus, s'appuyant sur l'encadrement paramédicale et médicale des pôles.

Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif réévalué, formation institutionnelle et diplômante inscrites au plan de formation), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.) nécessaires. Les procédures et protocoles permettant d'assurer la prise en charge et la sécurité des patients sont rédigés, validés par les instances référentes et intégrés dans la gestion documentaire informatisée. Des protocoles et procédures ont été rédigés autour des populations spécifiques.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, les responsables médicaux et cadres de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés (actions de communication via le journal interne, informations régulières en réunions de service).

Le cadre de service s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues (procédures, protocoles, consignes) notamment lors de contrôles ponctuels.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.). Un tableau de bord des indicateurs IPAQSS est affiché mensuellement dans les salles de soins.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les règles de présence, de continuité et de coordination sont effectives afin d'assurer la présence du bon professionnel dans le cadre de la permanence des soins. Les tableaux de présence et les plannings sont à disposition dans la gestion documentaire informatisée.

Les professionnels bénéficient de formations obligatoires périodiques (prise en charge des urgences vitales, incendie, transmissions ciblées etc...). Une journée d'accueil et d'intégration est en place. Certains pôles proposent des formations ciblées comme la formation "humanité" en Gériatrie et l'allaitement en maternité.... Des référents (hygiène, qualité, pharmacie...) sont en place dans les secteurs d'activité.

L'adéquation en personnel non médical répond à la réglementation dans les secteurs normés.

Un système de gestion des plannings est réalisé à l'aide d'un logiciel dédié.

Les chariots d'urgence sont à la disposition des professionnels, la composition est validée, la révision du contenu est organisée et tracée.

Les protocoles et procédures sont à disposition sur le logiciel de gestion documentaire informatisé. Leurs révisions associent les professionnels des secteurs concernés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'établissement a identifié différents circuits de prise en charge (enfant, grossesse, personne âgée et patient relevant de la psychiatrie) et d'une maison médicale. L'accueil des patients est réalisé en fonction de sa pathologie (AVC, infarctus du myocarde, urgences vitales, grossesse). Le dispositif de prise en charge et/ou d'orientation des personnes se présentant pour une urgence est assuré. L'évaluation initiale médicale et non médicale est réalisée dans tous les secteurs d'activité.

Le projet de soins personnalisé intégrant la réflexion bénéfice-risques (comme par exemple avec la pose

de contention en SSR) est effectif dans tous les secteurs d'activité et sous forme de projet de vie individualisé en USLD. Il est réévalué régulièrement et tracé en tant que de besoin. L'information donnée au patient et/ou sa famille est tracée dans le dossier patient informatisé, elle permet de tracer les informations données, les échanges entre professionnels au regard de la population accueillie.

Les urgences vitales sont prises en charge dans tous les secteurs d'activité.

Les interfaces sont opérationnelles. La prise en charge repose sur un partage d'information permettant la continuité de la prise en charge (staffs, réunions de synthèse, transmissions, visite médicale). Le lien avec le dossier "Terminal urgence" permet d'assurer la continuité de la prise en charge avec accessibilité dans tous les services, ce qui favorise le travail en équipe. Les résultats de laboratoire et d'imagerie sont restitués sous forme informatique. La prise en compte de la dénutrition est effective dans tous les secteurs d'activité: le poids est noté à l'entrée et à la sortie dans le court séjour et tous les 8 jours en SSR et tous les mois en USLD ce que confirment les résultats IQSS. La recherche et la prise en compte du risque suicidaire est effective avec la mobilisation des professionnels dans tous les secteurs d'activité. L'établissement dispose de 4 lits de psychiatrie dans le secteur de court séjour qui prend en charge les patients présentant une pathologie psychiatrique assimilée.

Un programme d'éducation thérapeutique est autorisé depuis octobre 2014. Des ateliers collectifs ont été mis en place. Un groupe a déjà été formé et un 2ieme groupe est en cours. Des mémos sont distribués aux patients et des quizz sont réalisés en fin de séance. Une évaluation de la formation est faite par un questionnaire de satisfaction.

Des actions d'éducation pour le patient sont mis en œuvre dans le domaine du médicament, des AVK, en maternité.

La sortie est organisée dans des délais compatibles avec le suivi de la prise en charge en aval, une organisation permet la continuité et la sécurisation de celle-ci (fiche de liaison, CRH, courriers etc...). L'organisation de l'aval est envisagée dès l'entrée du patient pour fluidifier le parcours. L'admission en SSR se fait au moyen d'un logiciel. Cette demande d'admission se fait le plus tôt possible, la disponibilité en lits est en ligne et accessible à tous moments.

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.).

Des audits sur le dossier de soins sont réalisés annuellement et permettent d'identifier des actions correctives (ajustements sur le logiciel informatique..).

Des évaluations annuelles sur le projet d'établissement ont été réalisées et ont permis par exemple la création d'ELSA (l'équipe de liaison pour les soins aux alcooliques).

Des évaluations ont été réalisées dans les services lors du changement d'horaires et ont conduit à la création d'une équipe hôtelière et de brancardage.

A / AGIR

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

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

Au cours des réorganisations des services réalisées suite aux changements des plages horaires (passages en 11h15), des ajustements ont été réalisés.

Des supports et modalités de diffusion sont établis.

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

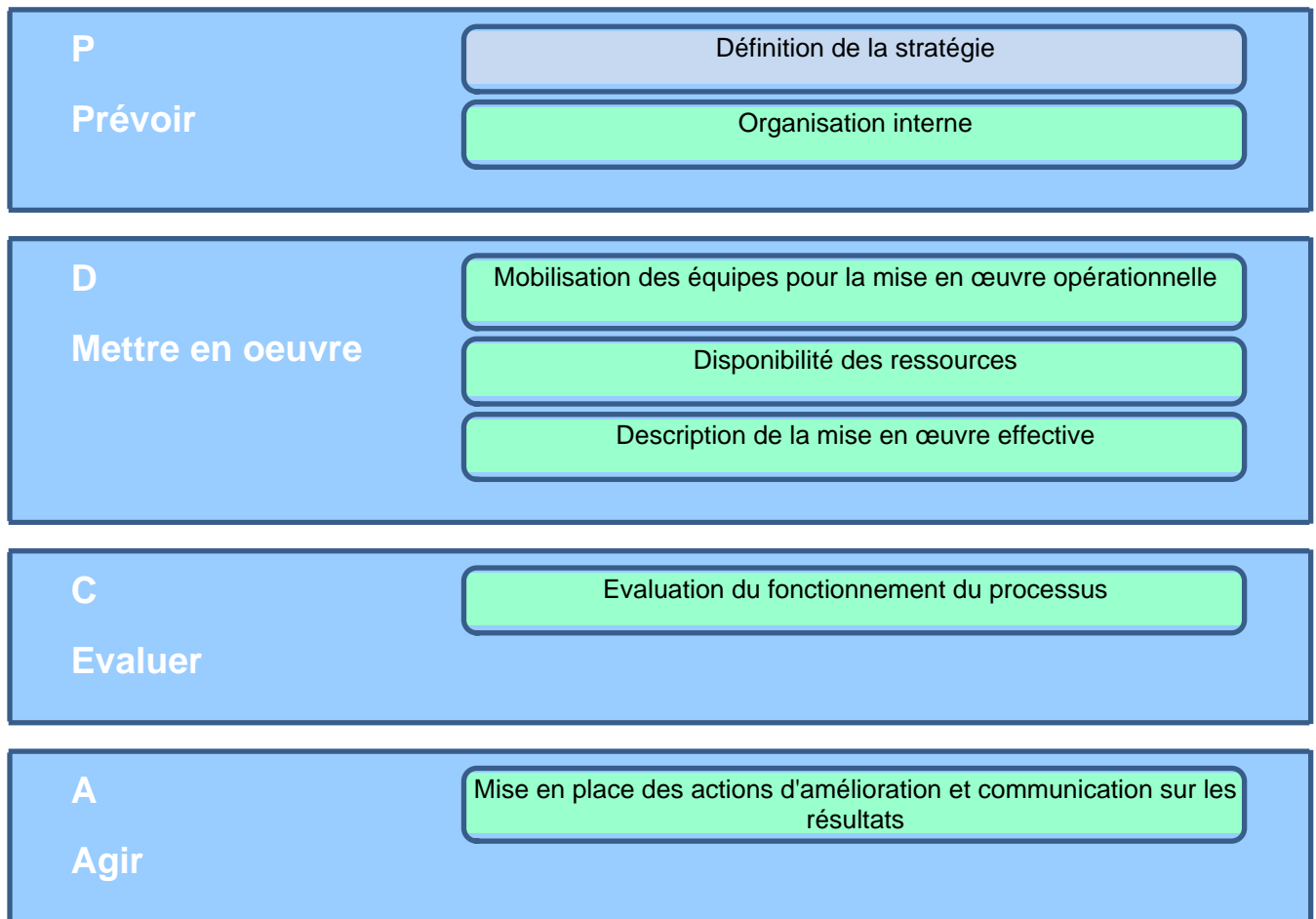
DOSSIER PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a formalisé et structuré sa stratégie de gestion du dossier du patient couvrant à la fois la gestion du dossier et l'accès du patient à son dossier. Il a réalisé une analyse des risques pour toutes les étapes de la gestion du dossier patient (de la création à la destruction) au regard des différents supports (papier et informatique) et des différentes parties du dossier (administratif, médical, soignant) en s'appuyant sur les données issues de ses démarches d'évaluation (analyses de pertinence, audits), des résultats d'analyse des indicateurs (IQSS, HN, indicateurs de pratique clinique) ou de l'analyse des EI (plaintes et réclamations, bilan CRUQ).

Les risques sont hiérarchisés et conduisent à la définition de priorités d'action à mettre en œuvre pour améliorer la prise en charge du patient.

La politique de gestion du dossier du patient est définie à partir de cette analyse de risques. Elle est validée par les instances, révisée périodiquement et fixe des objectifs d'amélioration précis et mesurables par secteur d'activité. Ces objectifs d'amélioration sont inscrits dans son programme d'amélioration continue de la qualité. Des modalités de suivi sont définies pour chaque action de ce programme (responsable identifié, calendrier de réalisation, priorisation des actions, indicateurs de suivi, clôture de l'action, communication des résultats). Certaines de ces actions sont déclinées en actions spécifiques au niveau des secteurs d'activités. Les actions issues de la conformité à la réglementation sont traitées en priorité.

Ce programme est présenté annuellement aux instances de l'établissement dont la C.R.U.Q.

Des outils de communication interne et externe sont en place et les résultats des indicateurs et les tableaux de bord sont diffusés aux professionnels.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels. Les besoins en effectifs et en compétences sont identifiés et répondent aux besoins exprimés dans ce domaine dans les orientations stratégiques de l'établissement

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources matérielles (locaux, équipements, maintenance) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.

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

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies au sein du secteur d'activité. Les objectifs d'amélioration et les mesures à mettre en œuvre pour les atteindre sont connus.

Les responsables sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés dans leur(s) secteur(s) ou sur le processus. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

L'établissement met en place des actions de formation initiale et continue pour les professionnels directement concernés. Des formations/sensibilisations des nouveaux arrivants aux règles de tenue et d'accès au dossier sont organisées de manière régulière.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les entretiens avec les professionnels des unités de soins et les investigations réalisées avec la méthode du patient traceur ont montré la mobilisation des équipes pour la mise en œuvre des règles relatives au dossier du patient.

Le système d'information permet d'assurer la coordination et la continuité de la prise en charge des patients. L'utilisation des équipements informatiques mis à disposition des professionnels est effective.

Les éléments constitutifs de la prise en charge du patient sont tracés en temps utile dans le dossier. En maternité, le dossier patient est un dossier papier conforme à la réglementation.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

A l'échelle de l'établissement, la structure de pilotage assure le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de gestion du dossier du patient. Des modalités d'évaluation régulière du processus au sein de l'établissement sont définies.

L'établissement mesure l'efficacité des actions mises en œuvre (tableau de bord des indicateurs, rapport d'activité annuel).

A / AGIR

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

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

L'établissement informe de manière régulière la CRUQ sur les données relatives à l'accès du patient à son dossier :

- nombre de demandes d'accès
- délais de transmission
- recensement des recommandations émises par la CRUQ suite au traitement des plaintes et réclamations
- suivi des actions d'amélioration.

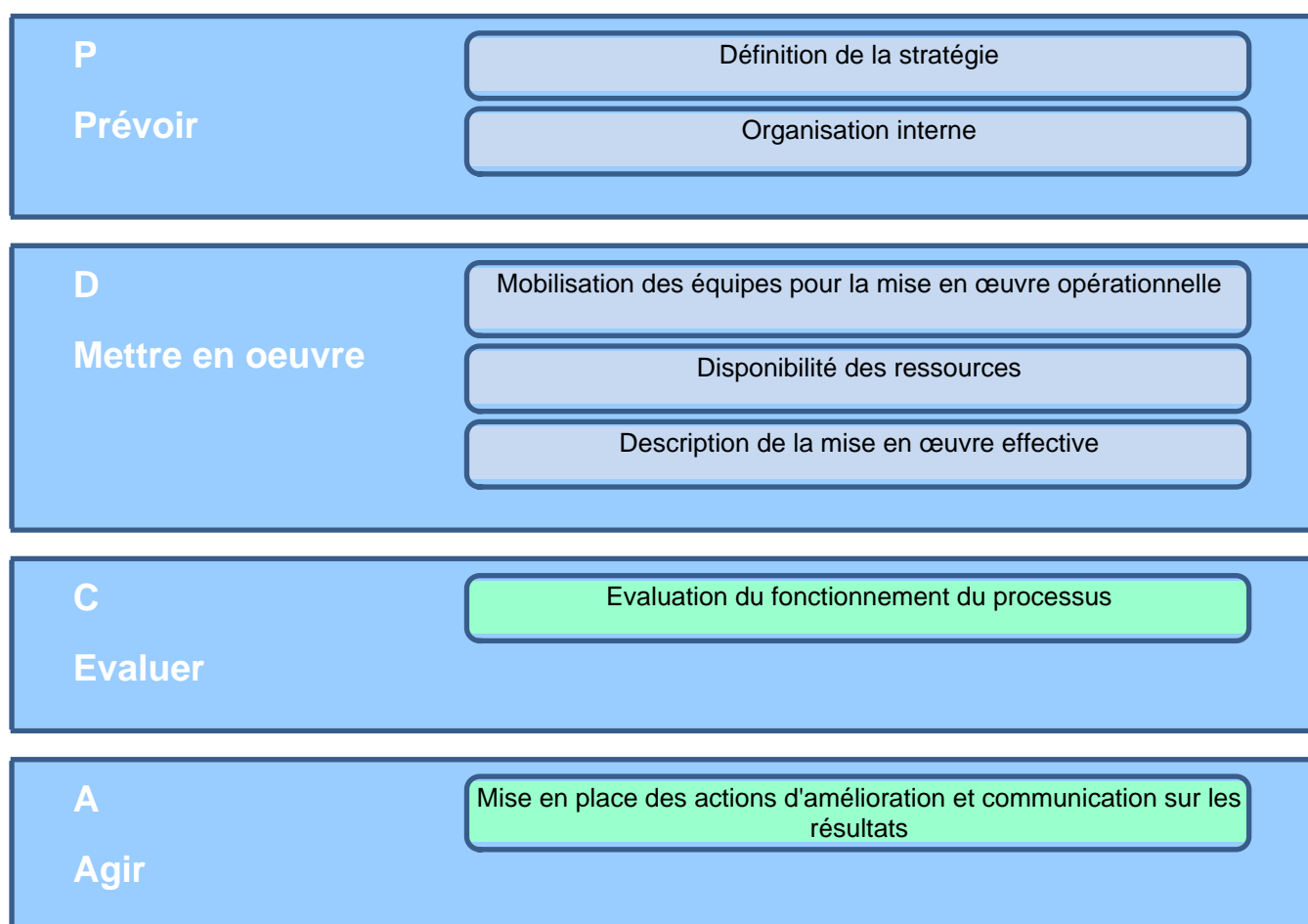
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. L'analyse des risques a été réalisée via l'outil informatique de la région PACA et en prenant en compte les données du CBU, les suites des inspections de la PUI, les actions définies lors de l'analyse des FSEI liées aux médicaments et en CREX.

Cette politique est déclinée à travers le CBU, le projet médical, le projet qualité de la prise en charge du médicament avec un volet sur le sujet âgé. Elle est validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Elle comporte des objectifs d'amélioration et des mesures de traitement des risques.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les pharmaciens sont des acteurs très actifs dans la gestion des risques avec un pharmacien pilote du management de la prise en charge médicamenteuse, un autre pharmacien coordonnateur des risques et président de la CME, puis un autre, pilote des CREEM (CREX) et des REMED qui siège au comité des VIGI. Les rôles et responsabilités du pilote du management de la PEC médicamenteuse sont identifiés et formalisés dans une fiche de poste (en 2014).

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources :

- effectifs : augmentation d'un temps de pharmacien à 20%, formations diplômantes (DU gestion des risques pour 2 pharmaciens), formations d'accueil des nouveaux internes avec accompagnement par les pharmaciens, sensibilisations régulières des IDE sur le risque d'erreurs médicamenteuses.
- documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire, etc.).

L'ES a formalisé les règles de prescription, dispensation et administration des médicaments; ces procédures et protocoles sont intégrés dans le logiciel de gestion documentaire et dans des classeurs médicaments.

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

Les problématiques avec les interfaces sont résolues et des actions d'amélioration ont été mises en place afin de maîtriser les risques :

- entre le logiciel du médicament de l'ES et le logiciel de prescription de chimiothérapie (partagé avec le CH de Cavaillon qui prépare les chimiothérapies) : formations complémentaires des professionnels sur le logiciel de Cavaillon et réorganisation IDE afin de lisser la charge de travail sur la semaine.
- entre le logiciel du médicament de l'ES et le logiciel TU (logiciel imposé pour la région PACA) des urgences (peu de médicaments sont concernés, des antalgiques le plus souvent) : un courrier a été envoyé à l'ARS pour avertir le chef de projet.

L'organisation permet ainsi l'articulation cohérente des missions et compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, les responsables médicaux et cadres de chaque secteur d'activité organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels en collaboration avec la cellule qualité.

Celle-ci repose sur une implication et une participation des professionnels des secteurs d'activité à l'autoévaluation des risques. Un référent pharmacie a été nommé par secteur.

Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés via l'affichage des résultats sur le volet prescription et administration et via des informations régulières données par les pharmaciens. Le responsable de la PUI s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment à la bonne utilisation des protocoles et procédures. Les résultats sont communiqués aux équipes par le pharmacien et le cadre.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin et mises en place (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

Elle sont identifiées par le responsable avec la participation des professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec l'activité et un 20% de pharmacien vient d'être accepté pour mettre en place la conciliation thérapeutique.

Les locaux ont été refaits il y a 5 ans, la pharmacie s'est dotée d'un stockeur et d'une reconditionneuse.

L'aide à la prescription est réalisée via un logiciel qui inclut le Vidal électronique. L'informatisation est mise en œuvre sauf en maternité et au bloc opératoire par choix de l'établissement (version papier sur un seul document avec administration).

Le matériel d'administration à risque est sécurisé.

La prescription est informatisée pour l'ensemble des secteurs sauf en maternité et au bloc opératoire qui restent en version papier. Le dossier transfusionnel est en partie en version papier (seule la gestion du dépôt est informatisée sur un logiciel dédié ainsi que la déclaration des FSEI liées aux transfusions).

La gestion documentaire est accessible et actualisée. Elle comporte les procédures et protocoles liés à la PECM adulte et personne âgée. Un classeur papier est également en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie transfert compris, de façon informatisée. La conciliation médicamenteuse est assurée à l'entrée par les urgences et à la sortie du patient.

Il existe une procédure de gestion du traitement personnel opérationnelle. Les IDE informent le patient de la nécessité de leur transmettre leur traitement personnel dès l'admission. Une armoire sécurisée est dédiée au traitement personnel.

La validation pharmaceutique des prescriptions est assurée dans tous les secteurs sauf aux urgences (le pharmacien a malgré tout une vision de la prescription via le TU,) et au bloc opératoire. Le pharmacien a accès aux données cliniques du patient et à tous les résultats biologiques.

La délivrance nominative est effective dans tous les secteurs d'activité sauf en maternité. (La maternité de niveau 1 utilise très peu de médicaments.) La délivrance pour les besoins urgents est assurée. Un pharmacien est d'astreinte selon un planning prédéfini.

L'optimisation des stocks à la PUI se fait grâce à un logiciel. La maîtrise des points critiques est assurée : reconditionnement unitaire, respect de la chaîne de froid...

Les règles de gestion sont respectées (rangement, transport sécurisé). L'IDE de chaque secteur d'activité est responsable de la gestion des armoires. Le stockage des médicaments plus particulièrement à risques est conforme.

Les règles d'administration dont la traçabilité des médicaments sont mises en œuvre ce que confirment les indicateurs IQSS.

La double vérification est effective pour tous les médicaments, y compris à risques. Le pilulier est préparé par la préparatrice en pharmacie avec un contrôle par l'IDE qui administre.

Pour la chimiothérapie, la double vérification est assurée à plusieurs niveaux au CH de Cavillon, puis par la pharmacie et par l'IDE qui administre.

L'information du patient sur le bon usage des médicaments est effective. Un fascicule est distribué pour les traitements aux AVK, l'insuline, des fiches chimio sur la sensibilisation aux risques et effets secondaires des médicaments...

Après une expérimentation, un dossier pharmaceutique a été déposé avec l'implication de la direction. Il sera mis en place en juin 2015 (projet validé en CME début 2015 avec augmentation d'un temps de 20% de pharmacien dédié à cette activité). Cette conciliation thérapeutique permettra de sécuriser le traitement de sortie. Un courrier sera envoyé au médecin traitant expliquant tous les changements thérapeutiques.

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 IPAQSS, CBU, suivi de la gestion du chariot d'urgence, sujet âgé, pertinence, antibiothérapie.... et des tableaux de bord, et le bilan d'activité, etc.).

Des audits internes sont réalisés régulièrement sur tout ou partie du circuit du médicament.

Une pharmacienne participe à la cellule VIGI toutes les semaines et en fonction de la criticité peut déclencher des CREEM (15 en 2014) et 6 depuis janvier 2015). Des comptes rendus sont tracés. 43% des FSEI concernent le circuit des médicaments. Suite aux différentes formations et sensibilisations, il y a eu une hausse importante en 2013 et cela s'est stabilisé en 2014.

Des réunions de concertation médico-pharmaceutiques (staff EPP) sont mises en place 2 fois par mois

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel. Des supports et modalités de diffusion sont établis.

Une communication est réalisée aux professionnels concernés.

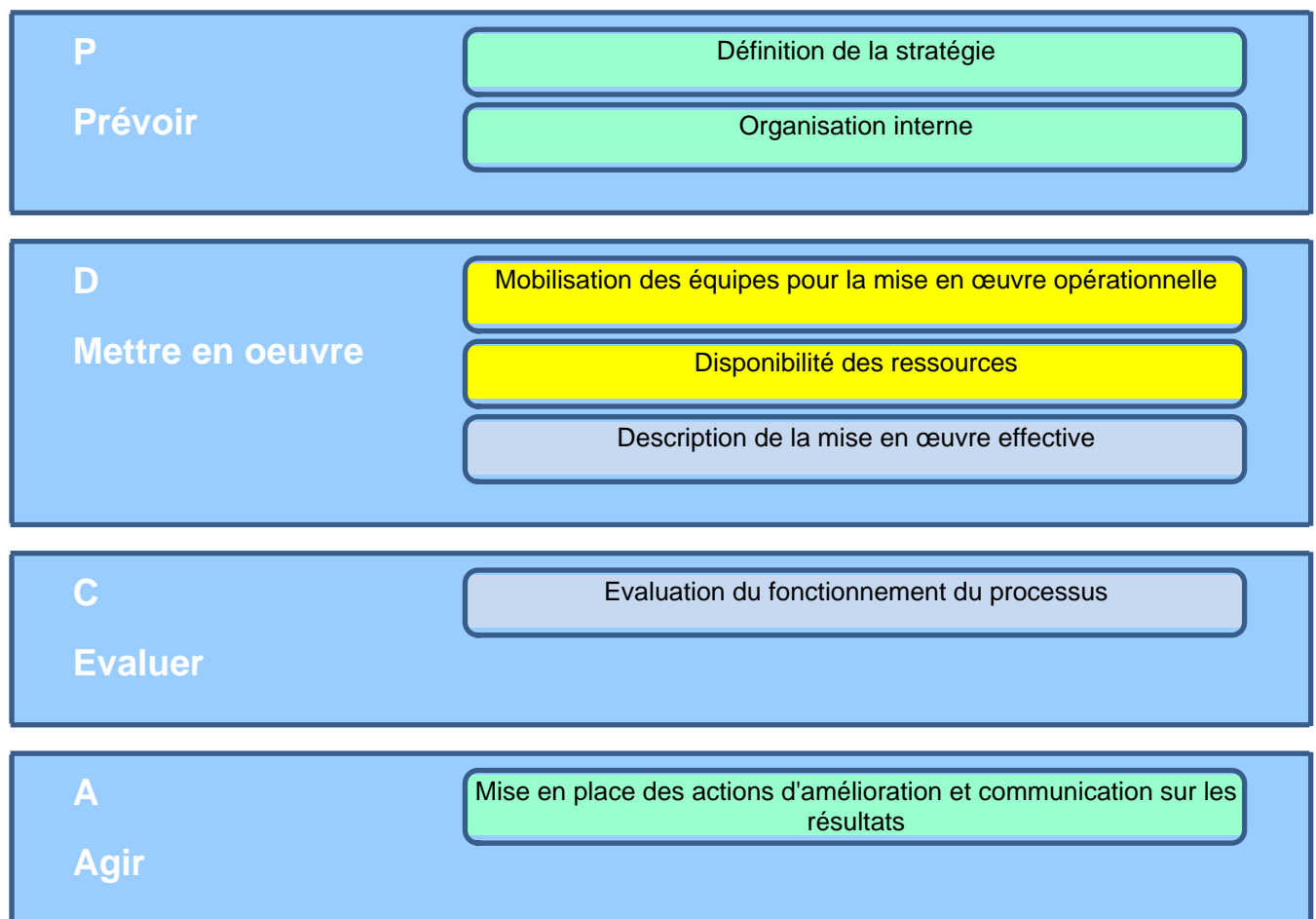
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

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

L'établissement de santé d'Apt dispose de 2 secteurs de prise en charge de l'urgence : un adulte/enfant commun, et un gynéco-obstétrique concernant les femmes enceintes après le 5e mois de grossesse dont l'accueil se fait directement dans le service de gynéco-obstétrique. Le secteur adulte/enfant est géré par le SAMU-SMUR 84 dont le siège se trouve au centre hospitalier d'Avignon.

Il existe une fédération interhospitalière des urgences mise en place en décembre 2014 et qui regroupe 4 établissements de santé : Avignon, Apt, Cavaillon et Carpentras, sous la responsabilité du SAMU.

La politique est élaborée sur la base des besoins de l'établissement et au regard de la réglementation en particulier les recommandations de la société française de médecine d'urgence, des enquêtes de satisfaction et l'analyse des plaintes et réclamations des usagers, l'analyse des événements indésirables dysfonctionnements et les résultats des enquêtes de conformité réalisées par l'ARS.

Le secteur des urgences adultes et enfants a réalisé une cartographie des risques qui ont été hiérarchisés et priorisés.

Les risques identifiés comme prioritaires par l'établissement bénéficient d'un plan d'action d'amélioration et d'actions de surveillance.

ORGANISATION INTERNE

Le secteur des urgences a identifié les principales filières selon 2 types : patient arrivant sur brancard et patient valide avec des populations spécifiques : enfant, grossesse et patient relevant de la psychiatrie ainsi que les variations de flux au cours de la journée et des saisons estivales. Des circuits spécifiques ont été mis en place pour des pathologies comme l'accident vasculaire cérébral et l'infarctus du myocarde ainsi que pour la prise en charge des urgences vitales dans une salle spécifiquement dédiée appelée "Déchocage". Le recours à des avis spécialisés est possible soit en intra-muros en consultant les listes de garde des praticiens régulièrement mises à jour au PC médical, soit en extra-muros : en radiologie, la mise en place d'un PACS permet d'avoir une analyse des examens (scanner) des clichés radiologiques. Dans le cas de spécialistes absents, un avis peut être demandé auprès des praticiens de garde du CH d'Avignon et pour d'autres spécialités, comme la neurochirurgie ou la pédiatrie « grave », un avis est sollicité auprès du CHU de Marseille.

Les procédures et protocoles sont établis dans la gestion documentaire informatisée accessible sur le poste informatique dans tous les salles d'examen. Il existe de plus les documents sous forme informatique qui peuvent être remis au patient selon leur pathologie (surveillance de plâtre, traumatisés crâniens etc.). Il existe un plan blanc. Pour la sécurité informatique, un informaticien d'astreinte est éventuellement appelé en cas de problème.

La gestion sécurisée des matériels biomédicaux est assurée par des contrats d'entretien externe pour une maintenance préventive et curative.

Les rôles et responsabilités des différents intervenants de la prise en charge sont identifiés et formalisés dans des fiches de poste. Les missions de la commission des urgences et soins non programmés sont confiées au bureau de pôle, auquel participe l'ensemble

les médecins du secteur des urgences et de l'hospitalisation médico-chirurgicale. Les problèmes médicaux sont évoqués par le chef de service en CME, et le cadre assure la transmission ascendante des problèmes et descendante et des décisions de la direction dans ce secteur. L'organisation des urgences adultes/enfant est placée sous la responsabilité du cadre supérieur du chef de service du SAMU.

L'organisation interne avec les secteurs de la qualité est assurée par le cadre de santé, avec la stérilisation pour les matériels de suture, la pharmacie pour le réapprovisionnement et la gestion des péremptions des médicaments stockés, avec l'EFS d'Avignon pour les produits sanguins labiles, la lingerie pour la gestion et l'approvisionnement du linge ainsi que la gestion des déchets.

L'accueil et l'orientation des patients sont assurés par les IDE présentes. L'ouverture du dossier administratif est assurée par une aide-soignante qui réalise la tâche d'agent administratif dans le cadre d'un reclassement professionnel après tutorat par l'agent des entrées et la cadre de santé.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La sensibilisation et la communication sur la démarche qualité sont réalisées dans le service avec les médecins par le chef de service, tandis que celles avec le personnel paramédical sont réalisées par le cadre supérieur. La communication avec les autres services est réalisée soit mensuellement par le bulletin d'information joint au bulletin de salaire, soit trimestriellement par l'intermédiaire du journal de l'établissement.

Cependant, les équipes sont peu impliquées dans la déclaration des événements indésirables et la mise

en place des actions d'amélioration. Les agents rencontrés ont été sensibilisés mais déclarent très peu. Dans le cas de déclaration avec analyse de ces événements indésirables, ces personnels ne semblent pas toujours vérifier les résultats sur le logiciel informatique.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les protocoles et procédures élaborées sont disponibles pour les équipes dans la gestion documentaire informatisée.

La sécurité environnementale est assurée après des travaux de rénovation récente avec une sectorisation des locaux : salle d'attente des patients et des familles, salle d'examen et de prise en charge urgente, zones de circulation et de stockage du matériel. Les matériels des urgences permettent d'assurer une prise en charge sécuritaire et il existe un stock tampon en cas de panne ou de réparation.

Les personnels sont formés au geste d'urgence. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés par le tutorat dont la durée est variable suivant leur expérience mais qui peut se prolonger environ 2 mois du fait de la multiplicité des activités de secteur des urgences : pharmacie, produits sanguins labiles, urgences etc..

Le service dispose de 6,2 équivalents temps pleins de médecins dont certains viennent des urgences d'Avignon pour renforcer l'équipe locale. Il existe une couverture médicale H24 avec en permanence 2 médecins seniors aux urgences le jour et un médecin senior la nuit qui est éventuellement remplacé par un autre médecin en astreinte à domicile en cas de départ. Tous les internes de l'établissement prennent des gardes aux urgences pour renforcer l'équipe. En lien avec l'évolution de l'activité et l'ouverture de la maison médicale de garde, les ressources humaines ont été ajustées et l'organisation revue. Néanmoins, les ressources humaines ne permettent pas complètement de mettre en adéquation les effectifs et les compétences. La nuit, en cas de sortie SMUR avec le senior et l'infirmière des urgences, il existe un délai non quantifié entre le départ de ce senior et l'arrivée du médecin d'astreinte. L'IDE de l'USLD venant remplacer sa collègue partie lors de la sortie SMUR laisse sans surveillance infirmière ce secteur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La disponibilité des lits est établie par les cadres dans le logiciel de l'établissement et il existe une procédure de « mise en tension » des capacités d'hospitalisation de l'établissement qui est transmise au SAMU d'Avignon et reportée aux autres établissements de la fédération hospitalière.

La décision d'une éventuelle hospitalisation d'un enfant est assurée systématiquement par le pédiatre d'astreinte.

Après leur prise en charge en urgence, les patients sont orientés en fonction de leurs pathologies soit en UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) soit dans les services de médecine ou de chirurgie. Il existe une possibilité d'hospitalisation directement dans les services sans passer par le secteur des urgences.

L'ouverture des salles est tracée tous les matins avec vérification du fonctionnement du matériel et des dispositifs de soins.

La sécurité bactériologique est assurée et tracé par une aide-soignante qui nettoie la salle après chaque passage de patients.

Pour le brancardage, une équipe mutualisée au sein de l'établissement de 8 heures à 15h30 est appelée par une demande dans le logiciel informatique ou par appel téléphonique. Après 15h30, le brancardage est assurée par un aide-soignant des urgences. Concernant la biologie et les examens d'imagerie, les prescriptions et les résultats sont transmis par informatique ce qui favorise la coordination entre professionnels.

Une maison médicale de garde est présente au sein de l'établissement de 20H jusqu'à 22 heures, le samedi après-midi et le dimanche matin.

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.). Les temps d'attente et de prise en charge sont tracés avec la notification dans le logiciel des heures d'arrivée, de passage et de sortie des consultants. L'évaluation de la prise en charge est réalisée sur la base d'indicateurs, du tableau de bord et du bilan d'activité dont l'ensemble des données sont extraites du du logiciel "Terminal urgence" qui est commun à l'ensemble des 4 établissements.

L'analyse de ces données a permis d'identifier des actions correctives et notamment, d'ajuster le nombre de personnel présent notamment la nuit et lors des variations saisonnières.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre. Les modalités de diffusion des informations et des résultats dépendent des personnels : staffs médicaux ou réunion de service. Pour les usagers, certains éléments sont mis à disposition comme les délais d'attente et de prise en charge.

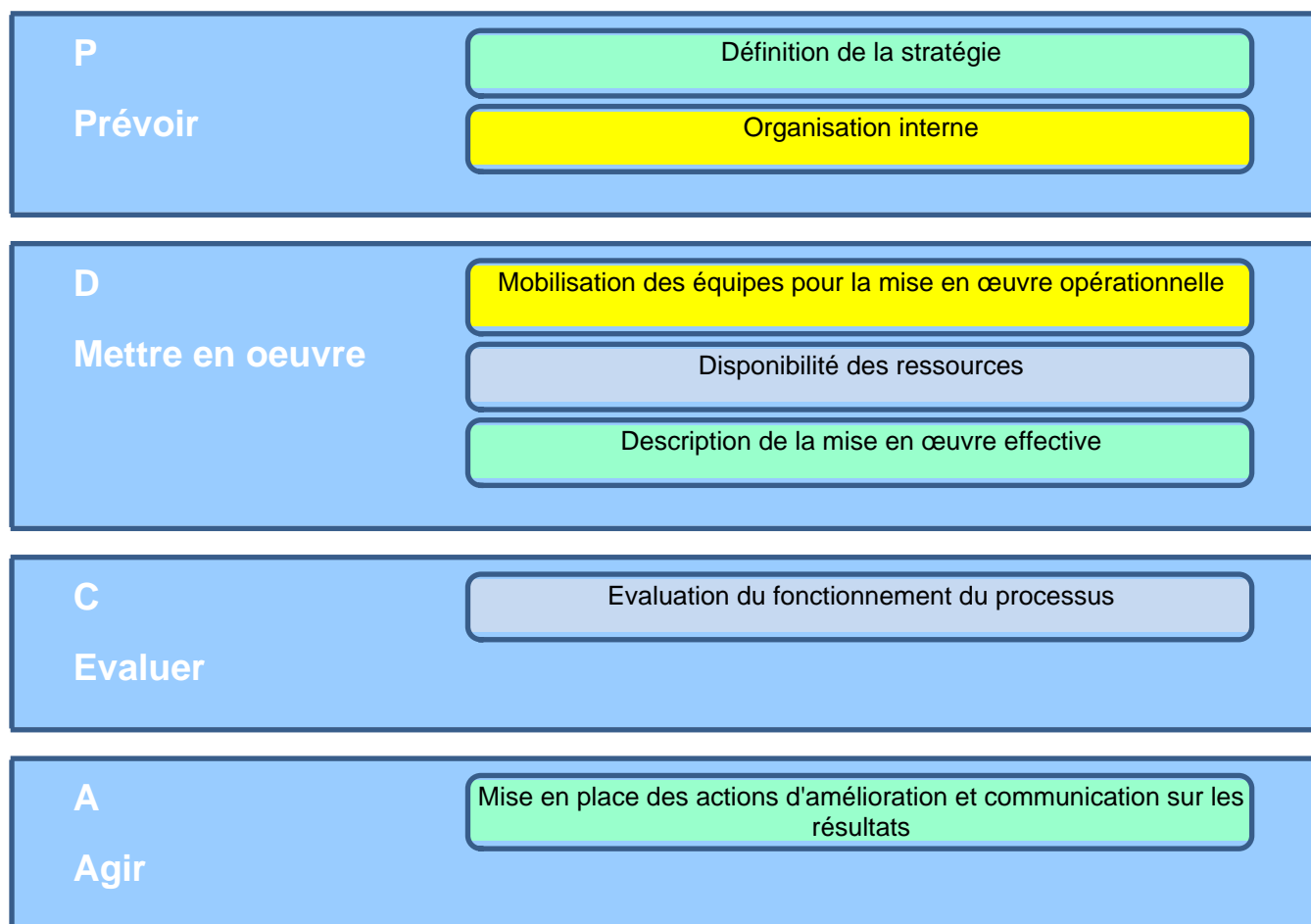
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRAIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le centre hospitalier possède 1 seul bloc central de 3 salles dont une salle est utilisée pour les explorations endoscopiques. Les interventions urgentes obstétricales (césarienne) sont réalisées dans ce bloc qui laisse en permanence 1 salle disponible pour ces urgences.

L'autorisation d'exercice de la chirurgie est portée par le centre hospitalier d'Avignon qui, dans le cadre d'un GCS, met à disposition des ressources pour la réalisation de ces activités sur Apt. La politique de prise en charge au bloc opératoire repose sur l'identification des besoins à l'aide d'audit de consultants extérieurs et des résultats des certifications précédentes. L'analyse des risques a été réalisée à l'aide d'une cartographie qui a précisé leur spécificité au bloc opératoire, les processus interventionnels et la permanence des soins.

Les actions spécifiques au bloc opératoire et à l'ambulatoire sont intégrées dans un ensemble concernant la prise en charge médicale globale du patient. Les risques identifiés comme prioritaires bénéficient d'un plan d'action d'amélioration et des actions de surveillance sont prévues.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement de santé a mis en place un conseil de bloc pour structurer et suivre les actions d'amélioration au niveau du bloc opératoire et de la SSPI. Sa composition est représentative de ses activités et des professionnels exerçant dans cette structure. Ses missions, décrites dans la charte, et sa composition sont connues des professionnels y exerçant. Une charte de bloc est présente et a été validée par ce conseil de bloc et les instances représentatives de l'établissement.

Les interfaces entre le bloc et les différents secteurs de l'établissement sont organisées au niveau du service de la qualité, des secteurs d'hospitalisation conventionnelle et d'hospitalisation de semaine du jour, des secteurs médicaux techniques (imagerie biologie anatomopathologie et pharmacie) et des secteurs logistiques : lingerie et gestion des déchets.

Cependant, l'activité de prise en charge ambulatoire en chirurgie, gynécologie et endoscopie n'est pas sectorisée au sein du centre hospitalier. Le patient traceur ayant bénéficié d'une exploration endoscopique en hospitalisation de jour a été pris en charge dans le secteur d'hospitalisation de semaine. Le président du conseil de bloc, médecin gynécologue, réalise des gestes en hospitalisation de jour dans le service de gynécologie obstétrique. Dans le cadre du partenariat avec le CH d'Avignon et, en lien avec l'ARS, l'établissement a fait valider un projet de structuration d'hospitalisation ambulatoire lors des réunions des instances le vendredi 18 avril 2015. Son projet de restructuration du bâtiment MCO prévoit la sectorisation d'un espace dédié à la chirurgie ambulatoire. Les appels téléphoniques du lendemain de l'hospitalisation de jour sont assurés par les infirmières ayant participé à l'endoscopie pour cette prise en charge et par les infirmières du bloc opératoire pour les autres prises en charge selon les décisions récentes de la direction du centre hospitalier.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les réunions des équipes du bloc opératoire se font selon 2 modalités : soit sous la responsabilité du cadre sous forme de "points d'infos" en début d'après-midi sur les éventuels dysfonctionnements ponctuels et les résultats sont tracés dans des cahiers conservés dans le bureau du cadre, soit sous la responsabilité du conseil de bloc (en moyenne 2/3 par année) pour évoquer des problèmes de gestion et de répartition des activités.

La communication en interne dans le service est assurée aux professionnels dans le logiciel informatique de l'établissement

Les professionnels se sont investis dans la démarche qualité avec la réalisation de procédures des techniques chirurgicales en collaboration avec les chirurgiens.

Cependant, les événements indésirables sont peu déclarés. Les professionnels ont été sensibilisés par l'encadrement et la publication en janvier 2015 d'une charte "d'encouragement à la déclaration" mais la culture de la déclaration n'est pas généralisée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines et les compétences sont disponibles pour assurer la prise en charge de jour et la continuité des soins lors des périodes de garde. L'ES dispose de 6 IDE de blocs dont la moitié sont IBODE ainsi que de 3 IADE avec une de plus en cours de formation ce qui permet d'assurer l'activité chirurgicale. Les IBODE disposent de fiches descriptives pour les interventions et ont bénéficié de formations concernant leur ancillaire en particulier pour la pose des prothèses du genou. L'intégration des nouveaux arrivants est réalisée par tutorat pendant une période minimale de 3 mois pouvant aller

jusqu'à 6 mois avant d'assurer des astreintes. Les risques professionnels comme les accidents d'exposition au sang et la radioprotection ont bénéficié de formation adaptée, de la désignation de référents (dosimètres) et de l'acquisition de matériel de protection. Les personnels du bloc ont bénéficié d'une formation concernant les risques psychosociaux afin d'établir un climat dans le service qui favorise la collaboration et la communication entre les divers intervenants.

Les ressources documentaires ainsi que le programme opératoire sont accessibles dans l'intranet de l'établissement de santé.

Le système documentaire concerne à la fois :

- les professionnels: IBODE et décrivant les processus interventionnels et les procédures de pratiques issues de documents de référence, personnel d'entretien pour le bio nettoyage des locaux
- les patients décrivant les consignes et les informations préopératoires du patient en hospitalisation conventionnelle et ambulatoire

Le logiciel de planification opératoire est en lecture simple pour les agents des établissement et en écriture pour les chirurgiens et opérateurs du bloc ainsi que leur secrétaire. Ce logiciel est interfacé avec le logiciel patient. Les intervenants peuvent prescrire des examens biologiques et radiologiques au bloc opératoire dans le logiciel patient et les résultats sont transmis par voie informatique pour l'imagerie par voie de fax pour la biologie.

Les salles de blocs et la SSPI sont en adéquation avec l'activité chirurgicale sur le plan du nombre et des surfaces et disposent du matériel en quantité et en qualité selon les besoins. Les Zones de circulation et de stockage sont définies ainsi que les circuits.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation des activités opératoires est faite par le cadre de santé qui assure le respect de la programmation de la sécurité de la prise en charge et planifie les interventions urgentes selon la disponibilité des ressources humaines et logistiques.

L'opérabilité des interfaces entre les différents secteurs d'hospitalisation et médicaux techniques est assurée par le cadre de santé.

La prise en charge en pré-opératoire est assurée en associant l'information du patient sur le rapport bénéfice risque de l'intervention réalisée, le recueil du consentement éclairé ou de ses représentants légaux, la délivrance d'informations écrites sur la préparation cutanée et les consignes à suivre. La coordination services d'hospitalisation/bloc opératoire est assurée par le transfert de la totalité du dossier chirurgicale et d'anesthésie dans le secteur et la fiche de liaison secteurs/bloc.

En per-opératoire, la traçabilité des DMI ou du matériel stérile utilisé est assurée dans le dossier du patient. Les informations de la prise en charge anesthésique et chirurgicale ainsi que les prescriptions médicamenteuses sont intégrées dans le dossier anesthésique.

En post-opératoire, la prise en charge en SSPI est tracée dans le dossier du patient, l'évaluation de la douleur et les éventuelles prescriptions médicamenteuses sont tracées.

Les transferts des services d'hospitalisation vers les salles d'opérations puis vers les salles de réveil sont réalisés en respectant l'intimité et la confidentialité des information.

La maîtrise du risque infectieux est assurée au bloc opératoire avec le respect des zones de stockage, des zones de transfert pour les patients (la circulation des brancardiers respecte les zones d'accueil et de sortie du bloc opératoire et de la SSPI), l'absence de croisement des circuits propres et salles, la suppression des salles maintenues et contrôlées à l'ouverture. Les règles de bonnes pratiques concernant l'absence de bijoux, les règles d'habillage et de lavage des mains sont respectées. Le nettoyage des salles d'intervention est réalisé après chaque intervention et en fin de journée et est tracé. Un contrôle à l'ouverture de salles est réalisée avec vérification du matériel biomédical et les résultats sont consignés dans un registre qui identifie nominativement les patients pris en charge en cette salle.

L'établissement a condensé sur un seul document papier la fiche de liaison pré et postopératoire ainsi que la fiche de check-list pré opératoire. Ce regroupement facilite le respect de la procédure de la check-list: les IBODE circulantes ne délivrent les lames de bistouris froids que quand la check-list a été renseignée. Cependant, certaines check-list ne sont pas intégralement renseignées. Dans le dossier du patient traceur qui a bénéficié d'une intervention de chirurgie viscérale, la check-list n'est complétée lors de son passage en salle d'opération, que sur la partie chirurgicale.

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.). L'utilisation d'indicateurs quantitatifs de l'ANAP permet d'apprécier l'activité dans les spécialités digestives et orthopédie traumatologie ainsi que la qualité et l'efficacité de la prise en charge au bloc. L'analyse des indicateurs recueillis permet d'identifier des actions correctives.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.

Les résultats sont diffusés aux professionnels lors des réunions quadrimestrielles.

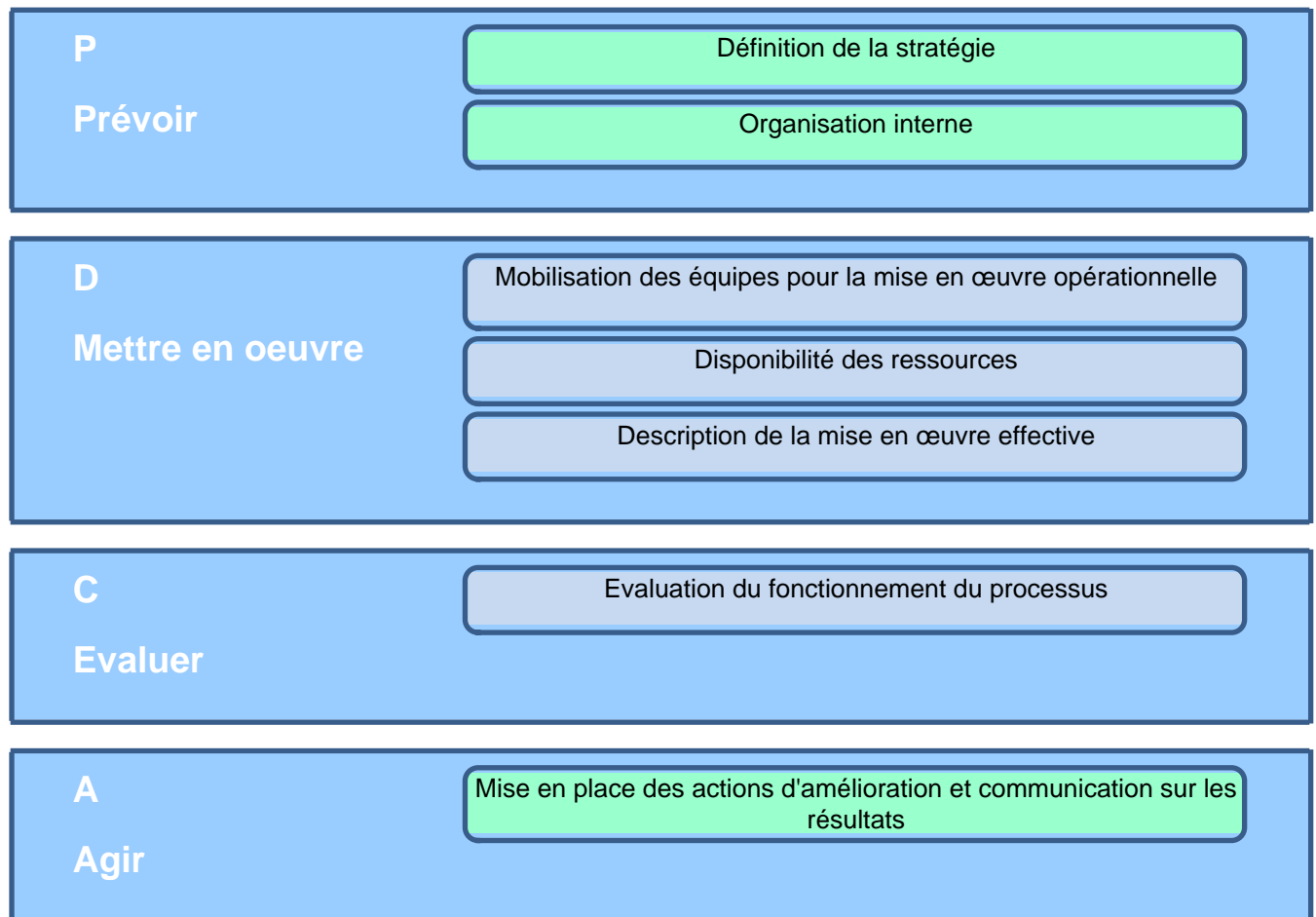
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les endoscopies (fibroscopie, coloscopie et bronchoskopie) se réalisent au sein du bloc opératoire dans une salle dédiée.

La politique de l'endoscopie est issue de l'analyse des risques spécifiques à l'endoscopie et propres à l'établissement. Une cartographie a été réalisée. L'identification prend en compte l'analyse du parcours du patient et les différents audits réalisés dans le service.

Les objectifs d'amélioration sont en cohérence avec les risques identifiés. Les risques ont été hiérarchisés et un plan d'actions a été mis en place avec les professionnels concernés.

Cette politique, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'actions formalisé et priorisé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Le gastroentérologue est le pilote en collaboration avec la cadre du bloc opératoire et l'IDE référente de l'HDJ. Les rôles et responsabilités de chacun sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.

Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

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

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu des risques et besoins, le médecin et la cadre organisent la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'actions opérationnels. Les responsables du bloc endoscopie sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés au cours des réunions de service et par des informations régulières.

La cadre s'assure de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Les procédures et consignes ont été travaillées avec les professionnels de l'endoscopie en collaboration avec l'EOH. Le recueil des événements indésirables est connu des professionnels et l'IDE référente participe aux analyses des FSEI avec la cellule qualité. Il y a eu peu de déclaration depuis quelques années car l'organisation est très cadrée et la cadre et l'IDE référente suivent de très près toutes les étapes.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin: les dysfonctionnements sont analysés en équipe, en cas de baisse des résultats ou des indicateurs des EPP, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs en personnel sont en adéquation avec l'activité. Tout personnel du bloc opératoire est susceptible d'assurer le bloc d'endoscopie mais une référente formée est dédiée à ce poste ainsi que sa remplaçante. Le médecin et la référente participent aux congrès régulièrement. Le médecin a bénéficié d'une formation à l'hypnose, pour la référente, la formation est prévue en 2015.

Des achats sont réalisés annuellement (nasofibroscope, colonne de dernière génération) et la maintenance est assurée.

Des procédures et protocoles communs au bloc opératoire et spécifiques (traitement des endoscopes, surveillance microbiologique en endoscopie...) sont disponibles et actualisés dans la gestion documentaire informatisée. Les locaux sont conformes (salle de désinfection dédiée à l'endoscopie) et les équipements récents. Les endoscopes sont en nombre suffisant (parc conséquent avec un renouvellement régulier). Chaque endoscope a son carnet de vie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La régulation des activités est organisée afin de garantir le respect de la programmation et la sécurité.

La traçabilité des actes et vérifications est assurée. La traçabilité des différentes étapes (ouverture des salles, identité du patient.....check-list...) est opérationnelle et intégrée dans le dossier patient.

La désinfection des endoscopes est tracée en double exemplaire : l'un pour le carnet de vie, l'autre pour le dossier patient. La séquestration est organisée (en raison de panne, d'infection...).

Le consentement du patient est recherché (maladie de Creutzfeldt-Jacob) et l'information donnée au patient est systématiquement tracée dans le dossier patient.

Une fiche de liaison entre les services et le bloc endoscopie est en place. L'échange d'informations est assuré entre les services du bloc et l'activité est vue chaque semaine avec l'encadrement médical et non médical. Sur la feuille d'anesthésie, sont notées les consignes pour les services. Les prescriptions

médicamenteuses, biologiques, d'imagerie ou examens complémentaires se font sur le dossier patient informatisé. Les protocoles transversaux et institutionnels sont appliqués. Les tableaux de disponibilité en lits et des programmes sont accessibles entre secteurs d'activité. Les interfaces entre secteurs (laboratoire, imagerie, ...) sont opérationnelles et favorisent le travail en équipe.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (suivi des indicateurs IPAQSS et des différents audits réalisés, tableaux de bord, bilan d'activité, etc.). Des audits sont réalisés avant et après formations pour identifier des actions correctives et suivre la progression des pratiques.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont intégrées et articulées avec le programme d'actions institutionnel (suite aux différents audits et EPP).

- Fiche de spécialité "endoscopie" en 2015 pour que les médecins autre que l'endoscopiste puissent donner les bonnes informations
- mise en place de l'appel du patient le lendemain en 2014
- mise en place de l'appel du patient l'avant veille en 2015
- mise en place du score de CHUNG en 2014
- bulletin de sortie du patient revue
- règlement intérieur revu
- passeport pour une hospitalisation ambulatoire à destination des patients

La communication des résultats est réalisée, en interne notamment auprès des professionnels.

Un passeport a été réalisé à destination des patients pour leurs rappeler les différentes consignes données par les professionnels avant l'intervention, les documents à remplir et à ne pas oublier, le déroulement du séjour, et la sortie et les consignes après la sortie avec les différents numéros de téléphone.

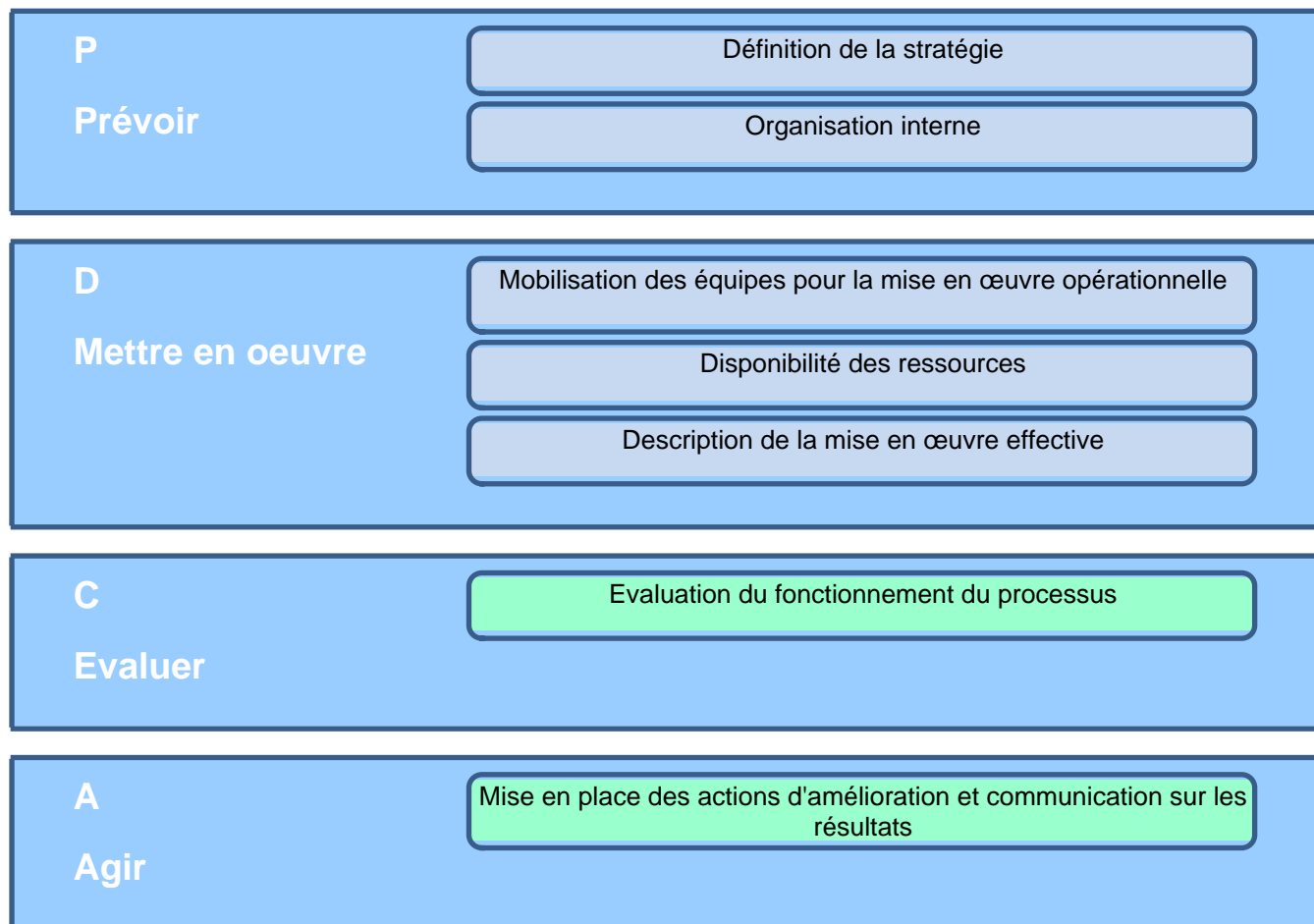
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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

Il est prévu dans le SROS 4 à l'échéance de la prolongation d'autorisation de l'activité gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier du Pays d'Apt, la transformation en centre périnatal de proximité. L'établissement a intégré cette spécificité dans son projet médical : Faire évoluer la prise en charge gynéco-obstétricale en partenariat pour optimiser encore la prise en charge des parturientes. Il prévoit les deux hypothèses: Maintien de l'activité de la maternité en partenariat ou transformation de la maternité en centre périnatal de proximité.

Dans l'attente, l'établissement poursuit le développement de son activité de gynéco-obstétrique en tant que maternité de niveau 1 en coopération avec les CH de Salon de Provence et d'Avignon. Cela lui permet d'intensifier les échanges professionnels (participation des sages femmes au fonctionnement de la maternité de niveau 2 du CH d'Avignon, participation du gynéco obstétricien au fonctionnement de la maternité de niveau 2 du CH de Salon de Provence et inversement avec les gynéco obstétriciens de Salon qui interviennent sur Apt) qui pourraient s'étendre aussi à la pédiatrie (contacts en ce sens avec le CH de Salon de Provence).

La salle de naissance comprend 2 salles d'accouchement et une salle de réanimation bébé. Ces salles sont situées au bout du service et contigüe au bloc opératoire général permettant à l'équipe d'être sur place et en capacité d'intervenir en urgence.

L'identification des risques a été réalisée à partir des recommandations de la HAS, des données issues des réunions d'équipe et du contexte. Une cartographie des risques a été réalisée, hiérarchisée et priorisée, elle a fait l'objet d'une communication interne et d'échange au sein de l'équipe.

La stratégie de l'établissement, validée par les instances concernées, est déclinée dans un programme d'action formalisé et priorisé. Les actions d'amélioration sont en cohérence avec les risques et certaines ont déjà été mises en place dont celles en lien avec les indicateurs IQSS (SURMIN et DEL2). Un plan d'actions a été élaboré et intégré au PAQSS avec les ressources et modalités de suivi nécessaires.

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et responsabilités des responsables sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste.

Au regard des risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (dont une formation RCF inscrite sur le plan de formation pour juin 2015), documentaires (procédures définies et formalisées) et logistiques.

La gestion des interfaces est organisée : les liens avec les différents partenaires (brancardage, service technique, laboratoire, imagerie, pharmacie, cellule de régulation) sont établis et permettent l'articulation cohérente des missions et compétences.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La cadre travaille en collaboration avec le réseau de la région PACA et avec ses collègues sur la réalisation de protocoles concernant le circuit et avec les gynécologues, pédiatres et anesthésistes sur les protocoles médicaux. Les pratiques professionnelles font l'objet de revues régulières en équipe en lien avec les dernières recommandations, la réglementation, les dysfonctionnements et les résultats d'audits. Le recueil et l'analyse des événements indésirables sont organisés.

Des RMM sont réalisées (4 en 2014) ainsi que des CREEM avec la pharmacie. Une évaluation régulière des connaissances est réalisée :

- lors des exercices de simulation de réa-néonatalogie réalisés sur mannequin à Avignon.
- lors des staffs où les praticiens rediscutent des manœuvres (dystocie des épaules du nouveau-né....).

Des actions correctives sont mises en place. Les résultats sont communiqués aux professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation mise en place permet la disposition de toutes les ressources humaines, les effectifs répondent aux normes règlementaires en terme de nombre et de compétences pour une maternité de niveau 1.

Des formations régulières des professionnels sont réalisées : gestes d'urgences, douleurs, Allaitement, etc. Différents congrès et formations sont assurés par le réseau et par l'association "Naître au pays d'Apt" (rythme du nouveau né, allaitement...).

Une convention depuis 2003 permet aux sage-femmes de prendre des gardes sur le CH d'Avignon (niveau 2) afin de maintenir leurs compétences.

Des protocoles médicaux et non médicaux de prise en charge en lien avec la spécialité ont été actualisés.

Les protocoles liés aux urgences obstétricales sont affichées dans les salles de naissance ainsi que des aides aux dilution des médicaments pour les perfusion, la liste des numéros d'urgence, la conduite à tenir en cas d'urgence vitale (code couleur), la liste des différents professionnels et maternité des environs.....

D'autres protocoles plus généraux sont accessibles dans la gestion documentaire informatique et dans un classeur dans la salle de soins : politique d'accueil du nouveau-né et de ses parents à la maternité d'Apt, règlement intérieur de la maternité.....

Les locaux sont conformes et adaptés et les équipements sont fonctionnels : un chariot de réanimation nouveau né est prêt disponible dans la salle de réanimation du nouveau né. Les matériels répondent aux besoins de l'activité et des utilisateurs.

Les modalités en place permettent l'obtention en urgence des produits sanguins labiles, la mesure immédiate de paramètres biologiques et l'accès immédiat à l'échographie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'organisation en place permet d'assurer la continuité et la coordination à toutes les étapes de la prise en charge.

En cas de plusieurs urgences vitales en même temps, une organisation a été mise en place : la cadre sage-femme est appelée en premier puis l'IDE des urgences si besoin. Un deuxième pédiatre qui habite sur Apt peut être rappelé en cas d'extrême surcharge de travail : il se déplace rapidement. De plus, l'obstétricien ne prend aucun risque : il anticipe le plus possible et organise le transfert vers une maternité de niveau 2 via la cellule de régulation.

Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles : les collaborations sont effectives entre les différents acteurs y compris avec la cellule de régulation. Des staffs médicaux sont organisés régulièrement.

Les professionnels veillent au respect des droits des parturiente et du nouveau né et promeut leur bienveillance .

A l'admission, le protocole d'identification (y compris celui des femmes accouchant dans le secret) est appliqué.

Les examens obstétricaux et cliniques de la mère et de l'état du fœtus (surveillance du RCF) sont réalisés dans les plus brefs délais.

La surveillance clinique et paraclinique du travail actif est tracée sur un partogramme.

L'analgésie obstétricale est assurée, selon le choix de la femme ou la situation obstétricale, en conformité avec le protocole. De plus en plus, les femmes choisissent une alternative à l'analgésie (hypnose, yoga etc...)

La surveillance du post partum immédiat est assurée et la prévention de l'hémorragie de la délivrance du post partum immédiat mise en œuvre lors de la délivrance, selon le protocole validé, ce que confirme la progression des résultats de l'indicateur HPP.

L'ensemble des données est tracé dans le dossier de la parturiente. Le dossier spécifique d'obstétrique papier comporte les données clés et, le cas échéant, les conduites à tenir spécifiques identifiées pour la prise en charge de l'accouchement, du nouveau né et des suites de naissance.

La sage femme procède au premier examen du nouveau né pour s'assurer de l'absence d'urgence vitale et repérer une éventuelle pathologie ou malformation, justifiant l'appel du pédiatre. Les parents sont informés de toute anomalie et accompagnés pour la prise en charge ultérieure. Le protocole d'identification du nouveau né est mis en œuvre. La traçabilité des soins du nouveau né, du compte rendu du premier examen et des informations médicales relatives à la mère et aux facteurs de risques éventuels est réalisée dans le dossier du nouveau né. Le carnet de santé est renseigné.

La transmission des soins ultérieurs à pratiquer par l'équipe chargée de la surveillance de l'enfant est effectuée.

La prise en charge des nouveaux nés décédés en salle de naissance ou mots nés est réalisée selon le protocole. Le soutien et l'accompagnement des parents sont assurés par une psychologue qui a un temps dédié.

La traçabilité des actes et vérifications est opérationnelle (acte, matériel, nettoyage/désinfection, maintenance, contrôles etc....). Un cahier d'ouverture de salle est rempli à chaque utilisation des salles.

Les pratiques professionnelles reposent sur des procédures actualisées et validées, règlementaires et/ou issues des bonnes pratiques reconnues. La veille réglementaire en matière d'obstétrique est assurée par un obstétricien.

La bibliographie est systématiquement recherchée auprès des sociétés spécialisés, des recommandations de la HAS et du réseau périnatal de PACA.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'indicateurs (HPP notamment) et de tableaux de bord et du bilan d'activité.

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

Des actions d'amélioration sont mises en œuvre avec les professionnels au regard des résultats obtenus.
Un retour d'expérience est réalisé et communiqué aux professionnels via les cadres et affiché dans le bureau des sages femmes.

GESTION DU SYSTÈME D'INFORMATION

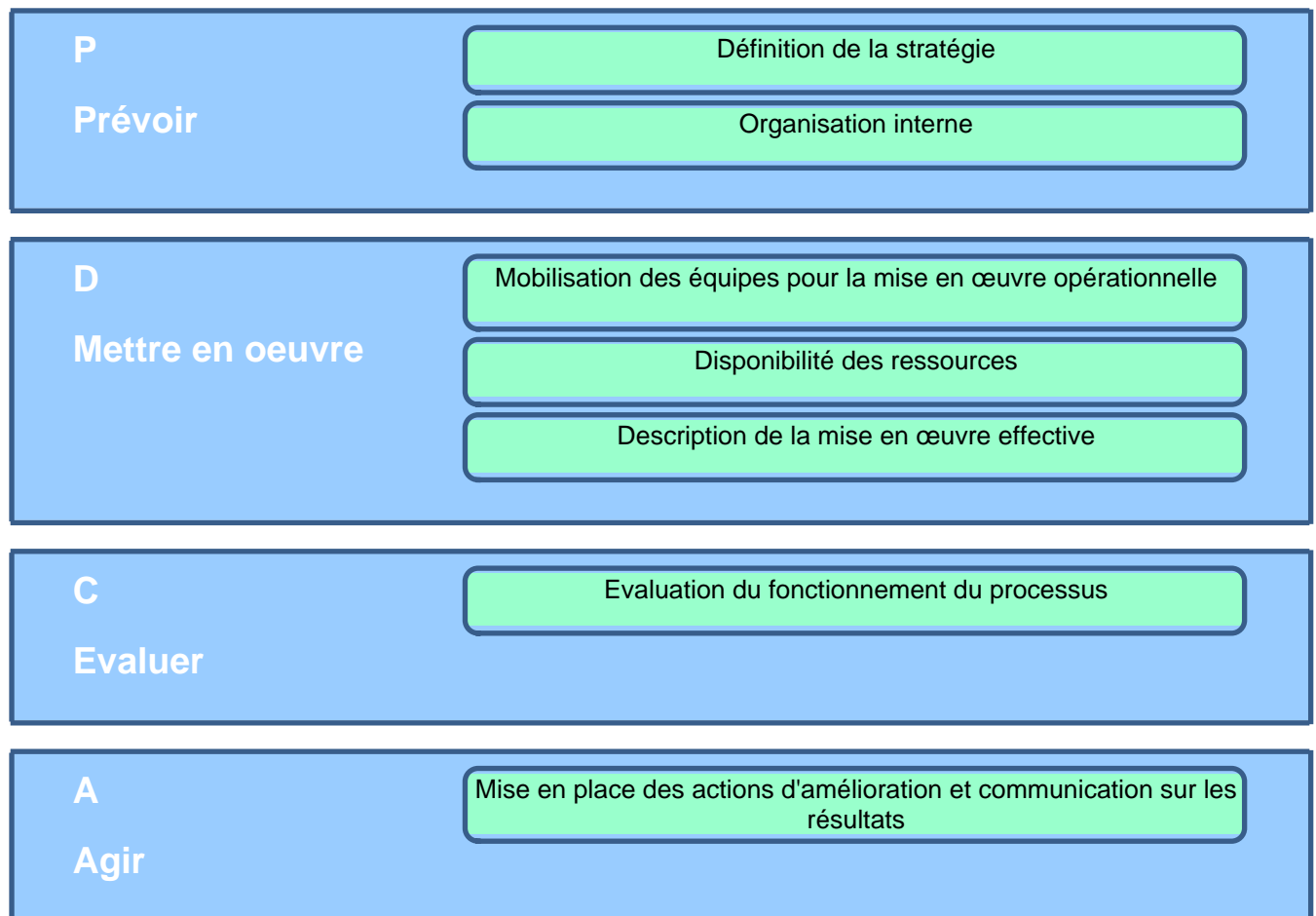
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement est en capacité de :

- Mettre en œuvre ses orientations stratégiques via le développement de l'informatisation des activités (production de soins, ...) et des usages associés.
- Se positionner dans une trajectoire d'atteinte des valeurs cibles des indicateurs du programme hôpital numérique.
- Développer les « services rendus par le système d'information aux professionnels (médicaux, soignants et administratifs) de l'établissement » et favoriser effectivement :
 - o la prise en compte des besoins des utilisateurs en matière d'informatisation de leur activité ;
 - o l'adéquation des solutions informatiques mises à leur disposition aux besoins exprimés ;
 - o l'intégration de ces solutions dans leurs pratiques quotidiennes ;
- Mettre en œuvre une organisation adaptée au développement du système d'information et à son utilisation par les professionnels de l'établissement.
- Garantir la sécurité du système d'information et prévenir les risques pesant sur celui-ci.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a réalisé un état des lieux de son système d'information et a procédé au recueil des besoins des professionnels.
Il a identifié ses besoins en matière de modernisation et de développement du SI et réalisé un diagnostic de sécurité de son SI lui permettant d'identifier les principaux risques et moyens à mettre en œuvre pour les prévenir.
L'établissement a formalisé sa politique au sein de son schéma directeur du SI. Celui-ci, révisé au moins annuellement, est validé par les instances. Ce schéma directeur traduit les besoins identifiés en projets d'évolution, d'accompagnement des utilisateurs et de développement des outils. Il s'appuie notamment sur les indicateurs Hôpital Numérique.
L'établissement a également une politique de sécurité du SI qui permet de répondre aux obligations légales dans ce domaine.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus. Les rôles et responsabilités sont identifiés et formalisés dans les fiches de poste des professionnels.
Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (effectif, formation, etc.), matérielles (locaux, équipements, maintenance, etc.) et documentaires (procédures, protocoles, dispositif de gestion documentaire) nécessaires.
La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, chaque secteur d'activité organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels.
Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés ou sur le processus (actions de communication, informations régulières).
Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

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

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles. La traçabilité des actions est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

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

A / AGIR

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

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