



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
CENTRE HOSPITALIER
D'AMBERT ET CENTRE
HOSPITALIER DE THIERS**

**14 avenue Georges
Clemenceau
63600 THIERS
OCTOBRE 2017**

SOMMAIRE

INTRODUCTION	2
1. LES OBJECTIFS DE LA CERTIFICATION	2
2. LA CERTIFICATION V2014	2
3. LES NIVEAUX DE CERTIFICATION	3
LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT	4
1. LEXIQUE DES TERMES UTILISÉS	4
2. LES FICHES PAR THÉMATIQUE	5
PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	6
DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE	8
1. DÉCISION DE CERTIFICATION	8
2. AVIS PRONONCÉS SUR LES THÉMATIQUES	8
3. BILAN DES CONTRÔLES DE SÉCURITÉ SANITAIRE	8
4. PARTICIPATION AU RECUEIL DES INDICATEURS GÉNÉRALISÉS PAR LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	8
5. SUIVI DE LA DÉCISION	8
PROGRAMME DE VISITE	9
1. LISTE DES THÉMATIQUES INVESTIGUÉES	9
2. LISTE DES ÉVALUATIONS RÉALISÉES PAR LA MÉTHODE DU PATIENT-TRACEUR	9
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE	11
MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE	12
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	17
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	21
DROITS DES PATIENTS	26
PARCOURS DU PATIENT	29
DOSSIER PATIENT	34
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	40
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	45
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	49
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	53
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	56

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	
Adresse	Route du fau 63307 Thiers
Département / région	PUY-DE-DOME / AUVERGNE/RHONE-ALPES
Statut	Public
Type d'établissement	Centre Hospitalier

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
GCS de moyens		GCS THIERS AMBERT	- Route du fau bp 89 63307 THIERS
Entité juridique	630780997	CENTRE HOSPITALIER AMBERT	Avenue georges clemenceau Bp 74 63600 Ambert
Entité juridique	630781029	CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	Route du fau Bp 89 63307 Thiers
Etablissement de santé	630000412	CENTRE HOSPITALIER D'AMBERT	14 avenue georges clemenceau B.p. 74 63600 Ambert
Etablissement de santé	630787059	USLD - CH DE THIERS	Route du fau Centre hospitalier 63307 Thiers
Etablissement de santé	630000446	CENTRE HOSPITALIER DE THIERS	Route du fau 63307 Thiers
Etablissement de santé	630783488	CENTRE LONG SEJOUR DE PREBAYLE	14 avenue georges clemenceau 63600 Ambert

Activités

Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire
MCO	Chirurgie	32	/	2
MCO	Gyneco-Obstétrique	16	/	/
MCO	Médecine	115	5	/
Santé mentale	Psychiatrie générale	31	20	/
SLD	SLD	70	/	/
SSR	SSR	69	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements	cf.Fiches Interfaces
Regroupement / Fusion	/
Arrêt et fermeture d'activité	/
Création d'activités nouvelles ou reconversions	/

DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Décision de certification

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

2. Avis prononcés sur les thématiques

Recommandations d'amélioration

Droits des patients

Management de la prise en charge médicamenteuse du patient

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 24 mois après le précédent compte qualité.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management stratégique, gouvernance
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

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	Hospitalisation complète	A définir	Programmé	Complexe (patient hospitalisé) PEC également en chimio	MCO
2	Adulte	Hospitalisation complète	A définir	Non programmé	Complexe (ex : via surveillance continue)	MCO
3	Enfant/Adolescent	Ambulatoire	A définir	Programmé	Simple	MCO
4	Parturiente	Hospitalisation complète	A définir	Non programmé	Complexe	MCO

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
5	Adulte	Hospitalisation complète	A définir	Programmé	Complexe (ex: réhospi ou hospi en M ou C avant)	SSR
6	Adulte	Hospitalisation complète	A définir	Programmé	Complexe (ex : réhospi)	Santé mentale
7	Personne âgée	Hospitalisation complète	A définir	Programmé	Simple	SLD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

MANAGEMENT STRATÉGIQUE, GOUVERNANCE

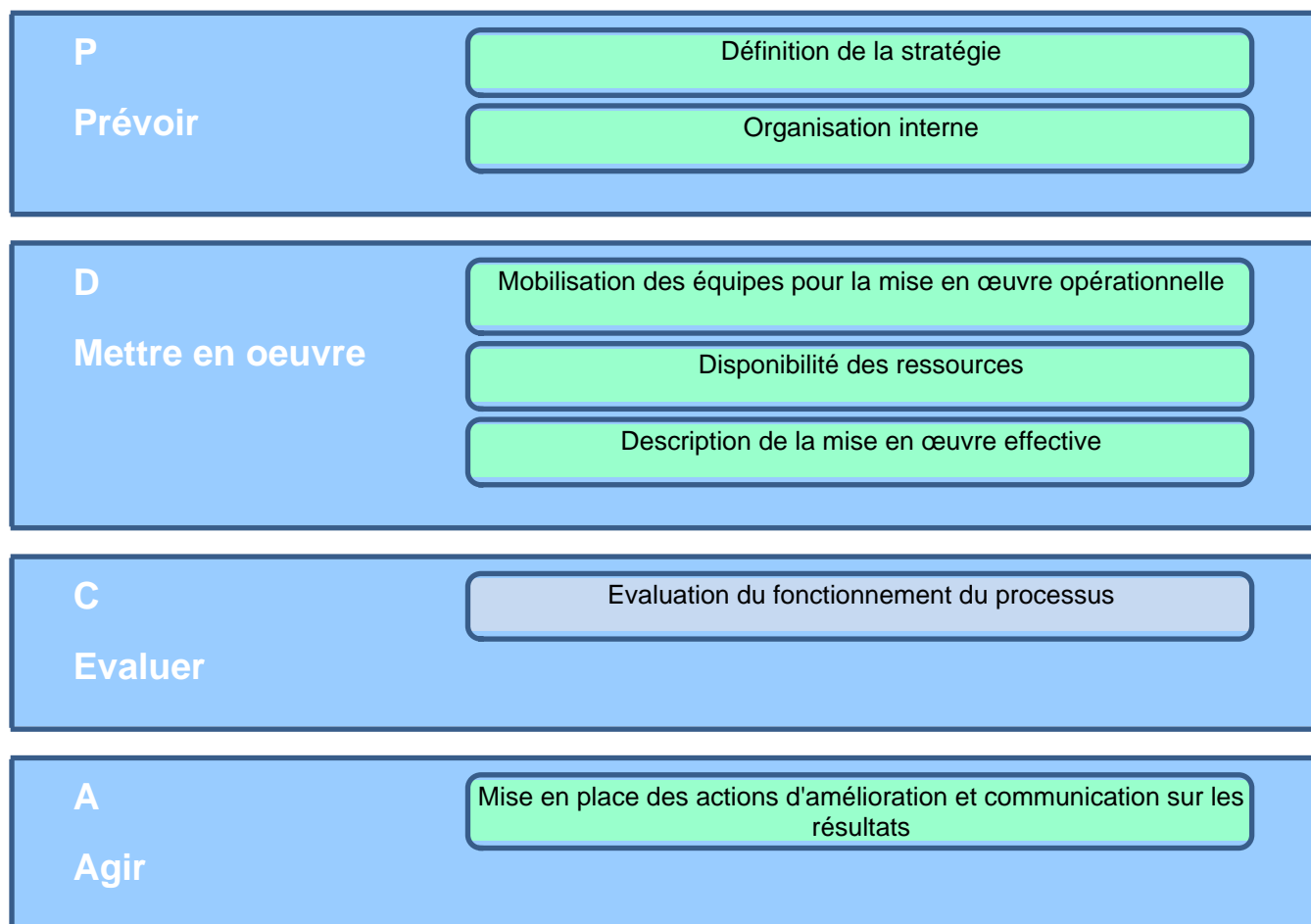
1. Caractérisation générale

L'évaluation de cette thématique vise à s'assurer que l'établissement s'est doté de règles lui permettant de définir sa stratégie et de prendre les décisions nécessaires à son bon fonctionnement, à l'atteinte de ses objectifs et à l'accomplissement de ses missions. Ces règles reposent sur le respect de valeurs élaborées collectivement, conformes aux missions d'un établissement de santé, intégrant un engagement dans le développement durable et dans une démarche éthique. Facteur de cohésion de professionnels aux légitimités différentes, ces valeurs donnent sens aux arbitrages rendus et aux décisions prises.

L'évaluation de ce processus consiste aussi à s'assurer que l'établissement a pris en compte dans la définition de sa stratégie, les orientations fixées par la puissance publique au travers des outils de la planification.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Cette visite revêt la particularité de concerner deux établissements en direction commune sans avoir fusionnés mais avec un projet d'établissement commun dont le volet managérial affiche la volonté de tendre vers une culture managériale et une démarche qualité du service rendu aux patients. Le projet d'établissement 2012–2016 donne les orientations concernant les différentes composantes de gouvernance, et prend en compte la coopération spécifique entre les deux établissements en direction commune. Les orientations stratégiques du CPOM et du PE sont fondées sur le recueil de statistiques locales et régionales ; conformément aux directives des divers projets régionaux ; dans le respect des exigences et référentiels de la HAS, de la loi HPST, du CSP. Elles prennent en compte la volonté de renforcer les coopérations entre les deux établissements et de la mise en place d'une direction commune. La direction commune s'est attachée à réaliser les objectifs fixés dans le PE et les deux CPOM établis pour 5 ans. Ces deux CPOM validaient le positionnement des deux centres hospitaliers comme établissements de premiers recours. La répartition des activités de manière complémentaires en est le reflet et a pour objectif de répondre pour le mieux aux besoins des usagers des deux bassins de population de l'ambertois et du thiernois.

La politique qualité a été réactualisée en janvier 2016. Elle est unique pour les deux établissements. Au cours de l'année 2016, l'établissement a participé à l'élaboration de la convention du GHT Allier/ Puy de Dôme et du projet médical partagé. La convention est signée depuis juillet 2016 et le projet médical commun du GHT est en cours d'élaboration. Le projet d'établissement communs des deux hôpitaux sera établi après la finalisation du projet médical partagé du GHT. En interne, une analyse des risques a été réalisée par des groupes de travail transversaux ou spécifiques suivant les cas. Pour cela, les membres des groupes de travail se sont appuyés sur les résultats de la certification V2010, la réglementation en vigueur, les résultats d'évaluation, les indicateurs IQSS et les constats de terrains. Cette analyse a permis de caractériser chaque risque puis de les hiérarchiser, ce qui a servi aux établissements pour définir les risques à traiter en priorité et répertoriés dans le Compte Qualité (CQ). Un plan d'action a été établi ; il prend notamment en compte les divers points ayant fait l'objet de décision lors de la procédure de certification précédente. Pour le développement durable, un document récapitule les actions à mettre en œuvre sur les deux sites. Un comité d'éthique et un plan d'action piloté par les CME ont été mis en place récemment. Concernant la qualité de vie au travail, un groupe de travail a été mis en place sur le site d'Ambert et une enquête par service a été réalisée à Thiers. Par ailleurs, une cellule d'étude pour le retour à l'emploi a été mise en place et un psychologue du travail a été recruté. Un tableaux de bord financiers (achats- Ressources humaines), d'activité a été créé.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour répondre à l'ensemble des thématiques, les pilotes sont désignés, une fiche de mission leur a été remise et les instances concernées sont sollicitées, notamment les deux CME, ou informées suivant les cas, la méthodologie et le calendrier sont définis, le suivi est assuré par le Copil. Les ressources humaines sont prévues. Le poste de chef d'établissement est assuré à temps partiel, depuis plus d'un an, par un directeur adjoint du CHU de Clermont Ferrand, deux directeurs adjoints (finances et RH) ont quitté l'établissement vont être prochainement remplacés ainsi que le chef d'établissement dans le mois qui suit. Certains poste médicaux sont vacants consécutivement au départ de quelques praticiens, les remplaçants sont attendus prochainement. Le plan de formation annuel reconduit les formations institutionnelles en relation avec les actions d'amélioration répertoriées sur le PAQSS. On peut noter parmi les thèmes retenus : la bientraitance, la prise en charge de la douleur, la qualité de vie au travail. Les ressources documentaires sont adaptées, accessibles, participatives, actualisées périodiquement et connues de la majorité des professionnels. Une gestion documentaire informatisée a récemment été déployée sur l'ensemble des secteurs des deux établissements. La gestion des interfaces est assurée par : le Copil qualité, les Copil EPP, les deux Cogéris (coordonnateur gestionnaire des risques), les directions de soins adjointes de chaque établissement, les cadres responsables des divers secteurs d'activité, les réunions périodiques institutionnelles et de service.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La direction et l'encadrement des secteurs d'activité est assurée par le CODIR avec l'appui de la direction des soins, des responsables de pôles ainsi que des cadres de proximité et des responsables des divers secteurs d'activité. La culture qualité est encouragée par la direction de l'établissement qui a inclus la démarche qualité dans sa stratégie de management. Les équipes sont mobilisées par les membres de la cellule qualité, les responsables des secteurs d'activité, et les référents spécifiques désigné dans chaque

unité. Ceux-ci s'appuient pour cela sur les PAQSS propres à chaque secteur. Les professionnels sont régulièrement informés de l'évolution des actions d'amélioration mises en place et des résultats des diverses évaluations qui sont régulièrement pratiquées. Cette information est véhiculée par divers vecteurs et notamment les responsables de secteurs, les référents thématiques, les notes de services... Des audits et questionnaires d'évaluation sont périodiquement réalisés et donnent lieu, si nécessaire, à la mise en place de nouvelles actions d'amélioration. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions mise en place, en informent les professionnels et si nécessaire leur demande d'adapter leurs pratiques

Les staffs de secteurs hebdomadaires et le staff de direction de site contribuent à l'information, à la sensibilisation et au suivi des actions mise en place et au contrôle des pratiques appliquées par les professionnels de terrain. Des actions correctives sont mise en place si nécessaire notamment sur le plan financier et la gestion des ressources humaines.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en effectifs et compétences sont mises à disposition en fonction des besoins et des moyens disponibles dans les deux établissements. L'établissement fait en sorte, malgré ses contraintes budgétaires, de libérer les ressources humaines minimum nécessaires à l'atteinte de ses objectifs. Ainsi, même si les difficultés financières du CH de Thiers ne facilitent pas la mise en adéquation entre besoins et moyens, les ressources humaines sont mises à disposition. Des formations à la culture de l'éthique ont été organisées, un médecin a fait la formation pour obtenir un DU d'éthique. Les ressources documentaires sont accessibles grâce au logiciel de gestion informatisée disponible dans tous les secteurs d'activité. Les locaux nécessaires à la réalisation des missions liées à la thématique sont adaptés. Les terminaux informatiques sont récents et très ergonomiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La coordination entre les professionnels des différents secteurs d'activité et assurée par les responsables de secteurs, les chefs de pôles et les directions de site qui s'assurent que les règles de prise en charge définies sont connues et appliquées. Ces sujets sont régulièrement évoqués lors des réunions périodiques des instances opérationnelles (CODIR, CME, COPIL, Réunions de services...). Les professionnels des secteurs d'activité connaissent l'organisation et les circuits qui sont définis. Les chefs de pôles, les responsables de secteurs et les référents thématiques participent aux réunions des instances opérationnelles et assurent les interfaces inter secteurs lors des réunions périodiques de pôle ou de service. La traçabilité des actions et des activités est assurée conjointement par les cadres de secteurs et la cellule qualité. Les instances se réunissent à périodicité définies conformément à la réglementation. Des procès verbaux et compte rendus sont systématiquement établis après chaque séance. Les instances fonctionnent et sont réunies conformément à la réglementation pour valider les décisions

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation du processus se concrétise par le suivi de tableaux de bord financiers (recettes/dépenses) de suivi des ressources humaines et de l'activité. Ceux-ci sont examinés au cours des réunions des instances concernées. Le rapport annuel d'activité réglementaire qui inclus le bilan social et le résultat de l'évaluation de de la prestation du service qualité est établi et publié chaque année. Le dispositif mis en place donne lieu à la mise en œuvre d'actions d'amélioration en fonctions des constats faits sur le terrain notamment grâce au recueil des Fiche d'Evènements indésirables, des résultats des CREX, du registre des plaintes et des résultats des audits et questionnaires de satisfaction.

A / AGIR

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

Le dispositif est suivi par la cellule qualité, le COPIL, la CME et la direction et la CDU (commission des usagers). La communication sur les actions d'amélioration mises en place et sur les résultats se fait par le biais des Staffs de pôle pluri professionnels, par les réunions périodiques internes aux secteurs d'activité et lors des réunions des instances opérationnelles. L'affichage des indicateurs réglementaires est assuré.

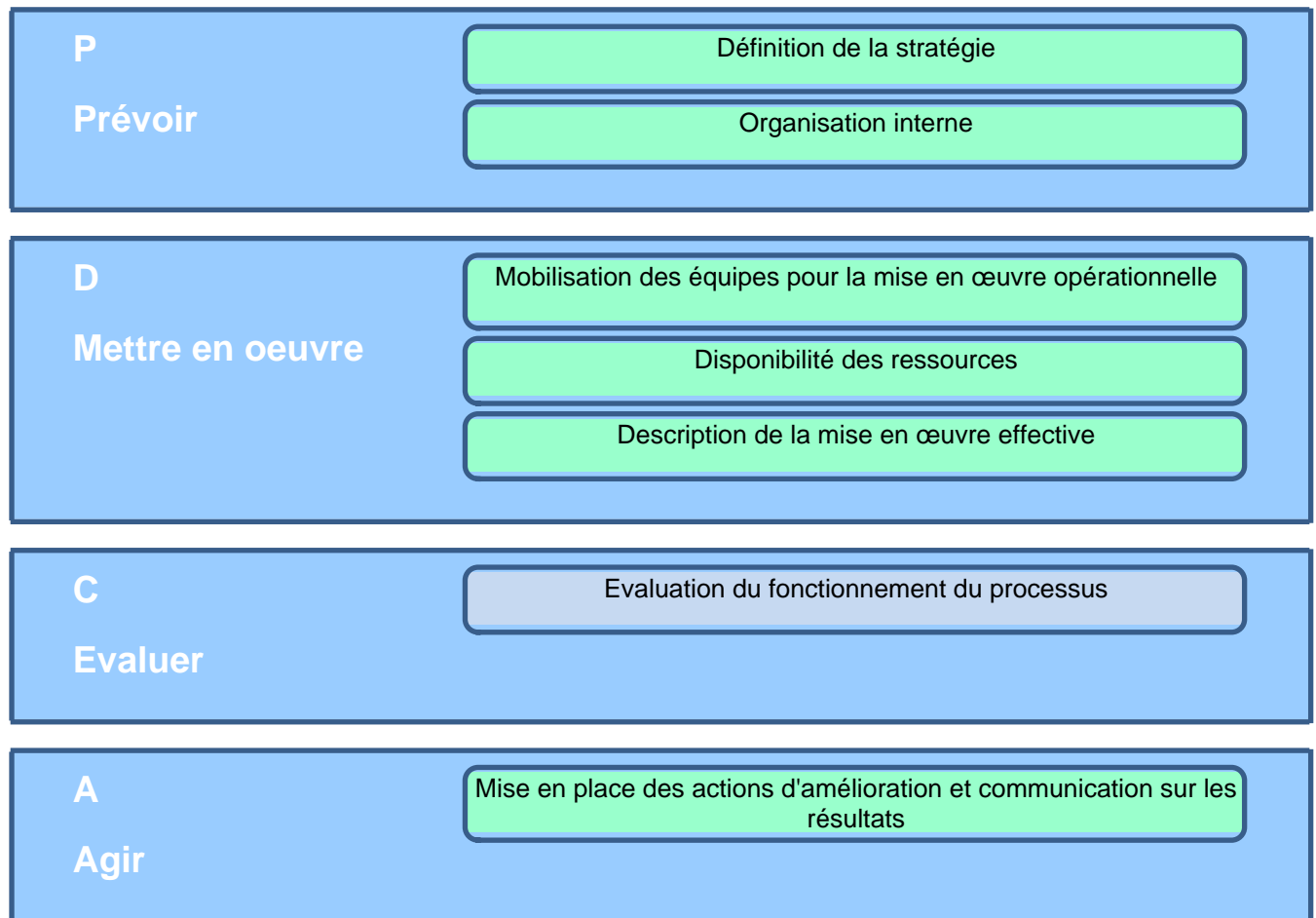
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les deux établissements sont deux entités juridiques autonomes avec une direction commune et ont convenu de réaliser une démarche qualité unique, proposition qui a été validée par la tutelle ; qui est inscrite dans le projet d'établissement commun 2012 – 2016 et les deux CPOM. Ces deux documents ont été validés pour 5 ans par l'ARS d'Auvergne en Mars 2012. La politique qualité a été actualisée en janvier 2016, pour y intégrer la dimension unique affichée pour cette démarche. Cette actualisation prend en compte les obligations légales et réglementaires. L'analyse des risques a été effectuée pour chaque thématique par des groupes de travail pluridisciplinaires composés sur la base du volontariat et des compétences spécifiques à la thématique abordée. Pour chacun des audits de processus, les risques identifiés ont été hiérarchisés. Ceux jugés prioritaires ont été inscrits dans le compte qualité (CQ). Le plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) établi dans chacun des deux établissements prend en compte l'ensemble des éléments attendus, connus et validés. Deux plans d'actions ont été établis, un pour chaque établissement, dont les actions ont été réparties par thématique de la V2014.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a désigné, sur la base du volontariat et des compétences en la matière, les copilotes de chaque audit de processus (AP). Généralement un chef de pôle et un soignant pour ceux concernant la prise en charge du patient. Une fiche de mission pilote a été établie à leur intention. Les instances concernées sont sollicitées notamment les deux CME, le COPIL, les deux CDU, ... Les ressources humaines nécessaires à la démarche ont été mobilisées et ce malgré les sérieuses contraintes budgétaires auxquelles les établissements sont soumis. Les ressources documentaires sont disponibles et adaptées. L'établissement est doté d'une Gestion Electronique de Documents (GED) dans laquelle se trouve toute la documentation nécessaire à la réalisation de la démarche. L'organisation et le classement retenus pour la GED facilitent son utilisation par les professionnels de santé. Les ressources matérielles sont confortées régulièrement notamment en ce qui concerne le système d'information qui a été doté de nombreux terminaux neufs et ergonomiques pour chaque secteur d'activité. Les vigilances réglementaires ont chacune un référent et un coordonnateur des vigilances a été désigné. La gestion des événements indésirables est organisée et organisée. Le recueil des plaintes et réclamations est organisé. Des EPP, RMM, CREX étayent régulièrement la démarche. Les circuits sont identifiés et les interfaces sont gérées et supervisées par : les cadres de secteur, la cellule qualité et le Copil, les COGERIS (Coordonnateur gestionnaire des risques associés aux soins, les directions de soins adjointes de chaque établissement. Les circuits de communication sont organisés entre le terrain et les instances opérationnelles et stratégiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La culture qualité est encouragée par la direction qui a inclus la démarche qualité dans sa stratégie de management. La culture qualité est encouragée et favorisée, l'implication de la direction est effective, la cellule qualité est très présente auprès des professionnels et des informations et formations sur les différentes thématiques sont organisées. Les responsables institutionnels, les chefs de pôle, les cadres des secteurs d'activité et les référents thématiques contribuent lors des différentes réunions ou échanges à promouvoir la culture qualité et à assurer la coordination des différentes composantes du système. Les équipes sont mobilisées par les membres de la cellule qualité, les responsables des secteurs d'activité, et les référents spécifiques désignés dans chaque unité. Ceux-ci s'appuient pour cela sur les PAQSS propres à chaque secteur et apportent leur soutien aux professionnels dans leur activité quotidienne. Les cadres des secteurs d'activité suivent la progression de la mise en œuvre du plan d'actions. Ils informent et sensibilisent les professionnels lors des réunions de service périodiques. Les cadres de secteur veillent au respect de ces règles et organisent des réunions de service périodiques journalières et hebdomadaires pour évaluer le degré d'appropriation des professionnels et si nécessaire leur rappeler leurs obligations en la matière. Suite à ces divers échanges, à l'analyse des fiches de déclaration d'événements indésirables et aux résultats des audits, EPP, CREX, des actions correctives sont définies et viennent abonder le PAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont mises à disposition pour assurer la mise en œuvre de la démarche qualité. Une direction qualité assurée par la direction des soins à 50%, des qualitéennes et gestionnaires des risques sont désignés (une par site), la direction qualité commune aux deux établissements assure la

supervision. Des formations ciblées sur la démarche V2014 et notamment sur la pratique des Audits de Processus (AP) et le Patient Traceurs (Pat) ont été réalisées. Les ressources documentaires sont mise à disposition des professionnels grâce au logiciel de GED accessible et d'une utilisation facile par tous les professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels des unités de soins connaissent l'organisation mise en place pour le déploiement de la démarche qualité et mettent en œuvre les protocoles et procédures établis pour la prise en charge du patient. Les instances opérationnelles (Directoire, CME, COPIL, Cellule qualité.....) se réunissent périodiquement. Les instances réglementaires (Conseil de surveillance, CME, CTE, CDU sont consultées pour validation. La gestion des événements indésirables est organisée et opérationnelle. L'exploitation et le traitement des plaintes sont effectifs. Celles-ci font l'objet de réunions de concertation entre professionnels auxquelles sont conviés les représentants des usagers. Les démarches EPP sont mise en œuvre en fonctions des nécessités. La traçabilité de la mise en œuvre des actions est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les indicateurs IPAQSS réglementaires sont recueillis. D'autres indicateurs ont été mis en place. Leur recueil et leur suivi est assuré par le service qualité qui a mis au point à cet effet un planning des audits. Le service qualité évalue une fois par an la qualité de sa prestation. Plusieurs questionnaires de satisfaction sont régulièrement distribués et analysés : Questionnaire de sortie, questionnaire de satisfaction des consultations, questionnaire de satisfaction des urgences, questionnaire de satisfaction destiné aux familles, questionnaire de satisfaction destinés aux résidents (SLD et EHPAD). Le taux de retour moyen est de l'ordre de 17%. L'analyse des réponses est présentée en CME, COPIL et CDU. L'analyse des fiches d'évènements indésirables permet d'évaluer la qualité de la prise en charge et le respect des droits du patient. Les plaintes et réclamations sont également exploitées pour identifier des actions correctives. Les résultats sont répertoriés dans le rapport d'activité annuel de la CDU (Commission Des Usagers). Le rapport annuel d'activité réglementaire est produit chaque année par les deux établissements. Il est transmis aux autorités de tutelle.

A / AGIR

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

Les deux établissements ont mis en place des actions correctives résultant de l'analyse des risques dans leur PAQSS respectifs, les nouvelles actions résultant des évaluations ou du traitement des Evènements Indésirables et des plaintes font l'objet d'une remise à jour périodique des deux PAQSS. Un suivi au fil de l'eau est assuré par la cellule qualité. Le suivi de réalisation et de l'avancement des actions d'améliorations est soumis à périodicité définie à l'avis des instances et le contenu est réajusté si nécessaire (au moins une fois par an). La communication sur les actions mis en œuvre se fait par l'intermédiaire de plusieurs vecteurs : au cours des nombreuses réunions institutionnelles (CME – COPIL - Réunions journalières et hebdomadaires de service), par messagerie interne, par des notes d'infos ciblées, par le canal de la GED, par courriel simple, par affichage, par courriers postal à destination des correspondants extérieurs et des usagers. Toutefois, les objectifs définis dans la projet d'établissement n'ont pas été atteints. En effet, la démarche en cours n'est pas unifiée dans son intégralité. Si la cellule qualité, la direction, le Copil, l'EOH sont communs, d'autre instances ou outils sont encore en double entre les deux établissements : CME, CDU, système d'information, PAQSS...

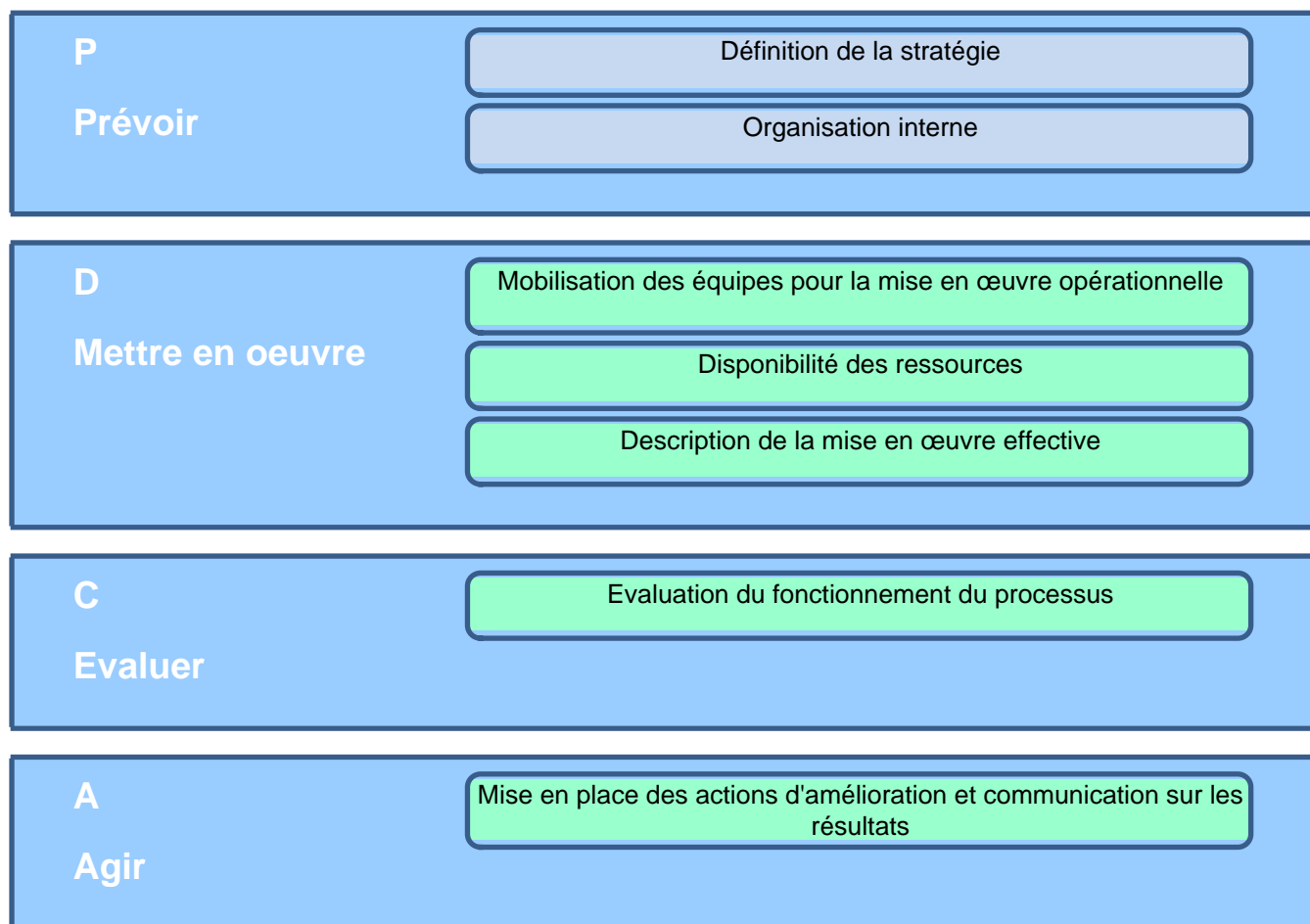
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les centres hospitaliers Thiers et Ambert ont défini leur politique commune de maîtrise du risque infectieux. Elle est basée sur les directives nationales, les orientations locales précisées dans le CPOM, le projet d'établissement notamment le projet médical, la politique qualité, le programme d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques (2012-2016). Elle a été réactualisée en janvier 2016 par le médecin hygiéniste en collaboration avec les Infirmiers hygiénistes, validée par le Clin, sous-commission de la CME, et le COGERIS, elle est mise en application par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Cette politique, validée par les deux CME et les deux CSIRMT en septembre 2016, précise l'organisation, les missions comprenant la maîtrise du bon usage des antibiotiques en collaboration avec les pharmacies, la définition des secteurs à risque, la mise en œuvre : procédures, protocoles et fiches techniques, le rôle de l'information, l'évaluation et la communication. La révision de cette politique est prévue tous les quatre ans. Les établissements ont réalisé une cartographie à partir des résultats d'audits internes, des résultats des indicateurs nationaux, de l'inspection d'ARS en avril 2016. Les risques identifiés ont été hiérarchisés par le médecin hygiéniste, le président du Clin, les infirmiers hygiénistes. Le compte qualité commun du risque infectieux comprend douze risques répartis en quatre grands items dont un volet sur l'antibiothérapie. Est en place un programme d'amélioration relatif à la commission de lutte contre les infections. Chaque établissement suit son programme personnel, sensiblement identique, et une mise en commun en fait la synthèse pour alimenter le compte qualité. Le plan d'amélioration (PAQ) précise les thèmes, la source des thèmes, les objectifs, les pilotes, les indicateurs de suivi, le début de l'action, l'échéance fixée, le suivi de réalisation, une case commentaires. Il prend en compte les éléments émanant des résultats des évaluations internes, le suivi des décisions de la certification, des résultats des indicateurs nationaux, les résultats des enquêtes épidémiologiques, les tableaux de bord et des audits de l'année antérieure, les déclarations des événements indésirables. Le PAQ revu annuellement a été mis à jour avant la visite, début mars 2017.

ORGANISATION INTERNE

Les établissements ont établi une organisation commune pour piloter le processus. Une équipe opérationnelle d'hygiène, composée d'un médecin hygiéniste formé à la microbiologie, de trois infirmiers hygiénistes. Tous les infirmiers posséderont le DU d'hygiène. Cette équipe travaille en lien direct avec le Clin, sous-commission médicale, le COGERIS, la direction qualité, en collaboration avec le laboratoire pour les différentes surveillances infectieuses et les RAQPECM pour le suivi des antibiotiques. Un organigramme précise les relations. Les rôles et responsabilités sont définis dans leur fiche de mission respective et identifiés également dans la politique de maîtrise du risque infectieux. Des référents hygiène médicaux et paramédicaux sont désignés au sein de chaque pôle et des unités de soin. Un référent ATB est présent sur chacun des deux sites. La formation médicale et paramédicale et aux non soignants est organisée par les infirmiers et le médecin de l'EOH. La formation à l'hygiène des locaux est organisée pour les nouveaux arrivants ASH. Une formation au bon usage des ATB pour les médecins internes est organisée deux fois par an. L'organisation des conditions optimales d'hygiène des locaux est sous la responsabilité des infirmiers hygiénistes assistés d'un cadre. L'infirmière d'Ambert participe aux réunions de cadres sur les thèmes la concernant. Les modalités du bio nettoyage est défini en fonction des zones à risques. L'organisation pour promouvoir le bon usage des antibiotiques dépend de l'équipe opérationnelle d'hygiène en étroite collaboration avec les RAQCEM, le président du CLIN et les deux référents médicaux d'antibiothérapie. La gestion documentaire relative à cette thématique comprend les procédures, les protocoles et des fiches techniques nécessaires aux techniques. Ces documents sont réalisés, en concertation avec les professionnels concernés, les correspondants hygiène, prenant en compte les recommandations des bonnes pratiques et les obligations réglementaires. Des conférences de consensus sur des thèmes spécifiques (infection urinaire associée aux soins) sont adressées aux médecins par messagerie électronique en complément de la diffusion de la GED. L'ensemble de ces documents élaborés et validés par l'EOH, sont diffusés sur le logiciel électronique documentaire GED. Les ressources matérielles, en adéquation aux besoins : équipements de protection individuelle, dispositifs médicaux sécurisés, matériel et produit de désinfection sont présents. L'informatisation du dossier patient permet la saisie des patients porteurs de BMR, et le suivi par l'EOH ainsi que la traçabilité de la réévaluation de l'antibiothérapie à la 72^{ème} heure par les prescripteurs. Les pilotes assurent une communication sur l'avancement du plan d'actions soit par l'intermédiaire du président du CLIN et du médecin hygiéniste en CME, soit par les cadres en réunion de services, soit lors des réunions des correspondants paramédicaux. Un suivi est fait par la responsable Cogéris en Copil, cette personne suit la veille réglementaire. Les interfaces sont opérationnelles entre les services cliniques, médicotechniques (laboratoire), et administratifs. Le laboratoire de bactériologie alerte le médecin hygiéniste et les IDE hygiénistes par téléphone direct, mail et courrier, ainsi que le médecin du service concerné par fax sécurisé et flux informatique. Les infirmiers hygiénistes participent aux réunions et journées Arlin, d'OMEDIT, réunions d'infirmiers hygiénistes, congrès d'hygiène, au réseau ISO. Les représentants des

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres informés en réunion d'encadrement par la responsable qualité directrice des soins, redéployent l'information en réunion de services. L'équipe EOH transmet aux correspondants lors des réunions trimestrielles, le président du Clin en CME, l'avancée du plan d'actions. La sensibilisation des équipes se fait par les cadres, les infirmiers hygiénistes, lors des réunions de correspondants, des audits, des formations. La mise en œuvre effective du programme de prévention du risque infectieux, de l'application des procédures et des bonnes pratiques sont suivie par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Sont réalisés des audits, des quicks audits, des observations lors des passages des infirmiers dans les services, des actions de sensibilisation lors de la semaine nationale de sécurité. Les résultats sont communiqués aux professionnels concernés en réunion, par affichage, sur la GED. Les actions d'amélioration sont identifiées émanant des résultats d'audit, des indicateurs réglementaires, de l'audit ARLIN en avril 2016, en collaboration avec les référents hygiène.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La disponibilité des ressources humaines est effective et qualifiée. Les professionnels de l'EOH possèdent des compétences spécifiques en hygiène, le médecin et les trois IDE en poste lors de la visite. Un temps de secrétariat est affecté à l'EOH. Sont en place des formations spécifiques à l'hygiène des locaux, aux bonnes pratiques de soins par les infirmiers hygiénistes, et au bon usage des antibiotiques par les pharmaciens et le médecin référent DIP pour tous les médecins arrivants et deux fois par an pour les nouveaux internes. Il peut être fait appel à un médecin du service des maladies infectieuses du CHU.

Les ressources documentaires sont déployées et vivantes. L'ensemble de la documentation nécessaire, élaborée et validée par le CLIN est disponible sur le logiciel informatique dédié "GED". Les documents sont revus tous les cinq ans ou en fonction de l'évolution réglementaire. Elle concerne l'ensemble des situations relevant de cette thématique : l'hygiène des mains, les précautions standard, complémentaires, la prévention des infections associées aux gestes invasifs, dispositif sous cutanés. Les documents concernant la prévention des ISO sont spécifiques, présents et accessibles dans les unités concernées. Les unités de reconstitution cytotatique possèdent leurs documents spécifiques, les locaux sont conformes. La balnéothérapie n'est plus fonctionnelle depuis janvier 2017. Une procédure de signalement interne et externe est en place, elle concerne les différents infections BMR, infection grippe, gastro, pneumo... Un guide du bon usage des antibiotiques est disponible sur la GED pour les prescripteurs et est téléchargeable sur le smartphone. Les différents comptes rendus sont accessibles sur la GED. Les professionnels ont à leur disposition tout le matériel nécessaire. Les chariots et matériels de bio nettoyage sont en nombre suffisants et opérationnels ainsi que les équipements de protection individuelle, les tenues professionnelles, les distributeurs de solution hydro alcoolique, les dispositifs médicaux sécurisés pour gestes invasifs, les collecteurs et contenants pour recueil des DASRI ou déchets cytotoxiques. La surveillance vaccinale des professionnels est effective. Une procédure de prise en charge d'un agent en cas d'AES, de signalement de déclaration en collaboration avec le service des urgences, du médecin du travail, et des RH est en place. Le choix des produits et matériels utilisés se fait par le service logistique en collaboration avec l'EOH, un infirmier participe au groupement d'achat. Les prescriptions sont informatisées, la réévaluation de l'ATB est systématique demandée au bout de trois jours sur l'onglet prescription par un « R » en rouge, il devient vert lors de la traçabilité de l'évaluation par le médecin. L'absence d'évaluation entraîne une non distribution de médicament par le pharmacien. Cette consigne concerne l'ensemble des antibiotiques prescrits et non seulement ceux à dispensation contrôlée. L'information du dossier permet de suivre les BMR, la traçabilité et la surveillance des poses de voie veineuse et sonde urinaire.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La mise en œuvre effective du programme de prévention du risque infectieux, de l'application des procédures et des bonnes pratiques sont déclinées dans les différents secteurs de soins. Elle est suivie par l'équipe opérationnelle d'hygiène. Sont réalisés des formations, des audits, des quicks audits, des observations lors des passages des infirmiers dans les services, des actions de sensibilisation lors de la semaine nationale de sécurité. Les actions de surveillance et de prévention réglementaires sont mises en œuvre et effectives par l'EOH : surveillance microbiologique air (bloc), eau (bloc, endoscopie, surfaces), des ISO, des BMR, de la consommation des ATB, surveillance épidémiologique (bactérie nosocomiale à SARM). La déclaration d'une IAS est faite via le logiciel dédié par l'intermédiaire d'une fiche de signalement interne à l'EOH, accompagnée en cas de besoin d'information complémentaire d'un appel téléphonique. La surveillance du réseau d'eau chaude est gérée par les services techniques via un prestataire extérieur. Les déclarations descendantes, alertes de l'ARS, sont reçues à la direction qui transmet à l'EOH pour application si nécessaire. Les produits de bio nettoyage, de désinfection, d'hygiène des mains sont connus, les modalités de leur utilisation définies dans une fiche technique sont respectées. Toutefois, les pratiques ne permettent pas toujours d'assurer la maîtrise du risque infectieux.

En effet, lors du circuit des déchets DASRI à Ambert, il a été retrouvé deux sacs jaunes DASRI, dans un service de SSR à Ambert non identifiés au service, non mis dans le container spécifique dans le local déchets intermédiaire. Une note de service signée du directeur, rappelant les bonnes pratiques a été élaborée immédiatement. Cependant lors du circuit des déchets DASRI à Ambert, il a été retrouvé deux sacs jaunes DASRI, dans un service de SSR non identifiés au service, non mis dans le container spécifique dans le local déchets intermédiaire. Une note de service signée du directeur, rappelant les bonnes pratiques a été élaborée immédiatement.

Les cyostatiques sont préparés dans des locaux sécurisés (chambre blanche, sas, hotte à flux laminaire) avec du matériel de protection conforme, les déchets suivent les deux circuits réglementaires. Les interfaces entre l'EOH, le labo, le pharmacien et les services sont opérationnelles. Le recueil des indicateurs nationaux sont réalisés, suivis, et font l'objet d'actions d'améliorations (ICATB, ISCHA, ICALIN, ICA-BMR). L'information au patient en cas IAS, BMR, est organisée, elle est assurée par le médecin responsable. Une documentation type flyer est remise au patient et à son entourage si besoin. Le recueil des FEI est fonctionnel. L'établissement participe à des journées d'échanges : congrès Omedit, Arlin, journées d'hygiène nationale. Les instances Clin et Comédims (suivi antibiothérapie) sont des sous-commissions de la CME. La traçabilité du bio nettoyage est réalisée par secteur principalement sur le « cahier mauve » dédié, dans certains locaux elle est notée par un affichage. La traçabilité de la réévaluation de l'ATB entre la 48^e et 72^eh est effective sur le DPI.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation et le suivi de la mise en œuvre du programme de gestion du risque infectieux sont assurés par l'EOH en collaboration avec le COGERIS, le pharmacien, le président du Clin, sur la base d'outils identifiés.

Un tableau de bord regroupe le suivi du recueil des indicateurs nationaux et internes, des évaluations menées : audits de bio nettoyage annuel dans tous les services, des déchets : DAOM, DASRI, quick audit utilisation des SHA, sur utilisation des gazes de lavage, audit sur la pertinence de l'antibioprophylaxie en lien avec les pharmaciens, suivi des signalements, audit préparation cutanée de l'opéré en 2016. Le plan annuel de réalisation des audits de l'hygiène hospitalière est inclus dans planning institutionnel des audits.

Les résultats des prélèvements : surface, eau, air, dans les secteurs à risques sont suivis et analysés.

Trois signalements d'IAS ont fait l'objet d'un questionnement, le résumé a été élaboré, une RMM est prévu pour le mois d'avril.

Une EPP concernant la pertinence des CBU est en cours, une sur la voie veineuse périphérique à Thiers est commencée, est programmée à Ambert une EPP sur la pose des voie sous cutanée

Un bilan d'activités et le bilan LIN sont réalisés par le CLIN.

Les indicateurs nationaux sont recueillis.

A / AGIR

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

Le programme d'amélioration du risque infectieux est revu annuellement et fait l'objet d'un bilan. Il est suivi par l'EOH et le Copil qualité par l'intermédiaire de l'infirmière Cogeris.

Les risques identifiés sont ajustés et des actions d'améliorations sont mises en place, incluses dans le PAQ institutionnel : sensibilisation à l'utilisation et suivi mensuel de la quantité des SHA ; mise en place de l'icône « R » pour faciliter la réévaluation de l'antibiothérapie ; mise en place des réunions tous les trois mois avec les correspondants ; augmentation de la fréquence des visites des IDE hygiénistes dans les services , organisation des formations des nouveaux arrivants ASH : prise en charge par un ASH des urgences ou maternité , formation d'une journée à Thiers, de deux heures à Ambert ; mise en place du suivi et traçabilité BMR à partir du DPI, traçabilité est suivi de la pose des voies veineuses périphériques et sonde urinaire..

Les résultats des IPAQSS sont affichés. Ils font l'objet d'une diffusion aux instances. Ils sont dans le livret d'accueil patient sur internet.

Les actions mises en place sont transmises par l'EOH, les correspondants, les cadres, font l'objet d'un affichage, d'une instruction.

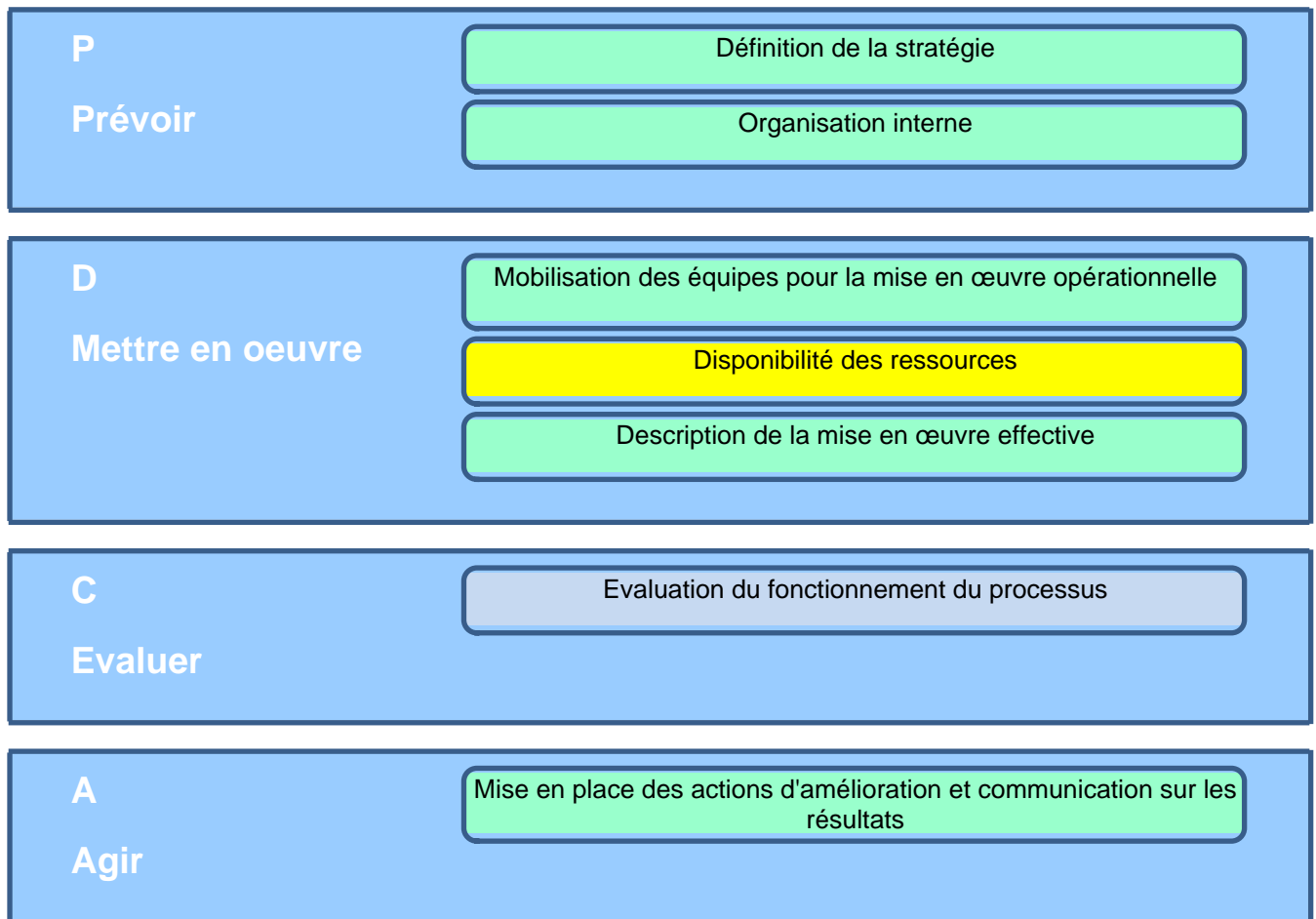
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une stratégie et des objectifs, élaborés sur la base d'une identification du contexte, des missions et de l'analyse des risques propres à l'établissement. L'analyse des risques a été réalisée à l'occasion de la mise au point du compte qualité par un groupe de travail mis en place à cet effet. Après hiérarchisation (Fréquence – gravité – Criticité), elle a conduit à l'identification de 5 risques à inclure dans le compte qualité. Un plan d'actions a été établi, des référents sont désignés et le calendrier de réalisation a été fixé. Il a été présenté aux instances pour validation. Les représentants des usagers sont très impliqués.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation formalisée pour piloter le processus. Le service qualité pilote la démarche et en informe le COPIL et les instances, il centralise les informations, propose les formations soit pour l'ensemble des deux CH, soit spécifiques à certains services. Un groupe de travail pluri-professionnel a été mis en place pour la réalisation du compte qualité et l'analyse des risques de cette thématique et la conduite de la démarche qualité. Les pilotes du processus sont désignés et une fiche de mission spécifique a été établie à leur intention. La liaison et les interfaces entre les divers secteurs d'activité de soins, médico-technique logistiques et administratifs, est assurée par les deux pilotes ainsi que par les référents et correspondants désignés dans chacune des unités de soins qui s'appuient sur le Copil et la cellule qualité. Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés. L'organisation, les pratiques et les projets de prise en charge permettent le respect des libertés individuelles. Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies. De nombreuses procédures concernant le droit des patients sont écrites, répertoriées dans la GED telles : annonce d'un dommage lié aux soins, contention physique de la personne âgée, signalement d'un acte de maltraitance, communication, sortie contre avis médical, gestion d'un événement indésirable. Au centre hospitalier de Thiers en santé mentale, des protocoles ont été établis pour tous les cas d'hospitalisation sans consentement. Une check-list de l'accueil a été établie. La charte de bientraitance, la charte de la personne hospitalisée et la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante sont présentés dans les divers livrets d'accueil (patients et professionnels). Le plan annuel de formation ré inscrit régulièrement des formations en lien avec les objectifs de la thématique.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les objectifs et le plan d'actions propres à la thématique sont définis et ont été communiqués aux professionnels des unités. Des informations ciblées sur la bientraitance, l'intimité, la dignité et la confidentialité pour sensibiliser les professionnels ont été menées. Elles ont été complétées par des notes d'information thématiques et des informations données par les membres de la cellule qualité. Les cadres, les référents et les correspondants des secteurs d'activité s'assurent du respect de la conformité des pratiques par rapport aux règles édictées et les informent des résultats lors des réunions périodiques pluri professionnelles. Ils sont chargés d'organiser les évaluations nécessaires à la mesure des éventuels écarts, d'en informer les professionnels et d'organiser la mise en place d'actions d'amélioration s'il y a lieu. Des réunions de service périodiques sont organisées pour évaluer le degré d'appropriation des professionnels et si nécessaire leur rappeler leurs obligations en la matière.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences et documentaires sont à disposition dans l'ensemble des deux établissements. Des sessions de formation de rappel sont organisées si nécessaire pour sensibiliser les professionnels à la démarche qualité de l'institution dans le cas où le niveau d'appropriation le nécessite. Des formations à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont organisées à l'intention des professionnels. Le service qualité met à jour le logiciel de gestion documentaire et envoi des alertes à chaque nouvelle mise à jour. Toutefois, les locaux ne permettent pas toujours d'assurer la confidentialité. En effet, le respect de la confidentialité peut difficilement être assuré dans les chambres à deux lits notamment lors de la visite des médecins et ce malgré les précautions et les règles de bonnes pratiques définies à cet effet. La promiscuité des lits dans les chambres à deux lits et le manque de paravents dans les secteurs de court séjour ne permettent pas toujours d'assurer un degré de confidentialité suffisant.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le respect du droit des patients est pris en compte dans la pratique quotidienne des professionnels. Les

Les règles concernant le respect des droits du patient et notamment l'intimité, la dignité, la confidentialité, la prise en charge de la douleur, la communication et l'information du patient, le soutien à l'entourage sont connues. Leur mise en œuvre est vérifiée par les cadres, la cellule qualité, les référents et correspondants spécifiques désignés dans chaque unité. Dans le cas de dommages liés aux soins, le médecin et l'équipe soignante sont chargés d'informer le patient des faits et des risques encourus. Il est prévu que le consentement éclairé et éventuellement le refus de soins du patient soient recueillis par le médecin. Les patients sont informés sur leurs droits par le bureau des admissions et les professionnels du service qui s'appuie sur le livret d'accueil. Les patients sont généralement informés et consultés notamment sur la réflexion bénéfice-risques et sur le projet de soins personnalisé. Toutefois, la traçabilité de l'information du patient sur son état de santé et les soins pratiqués n'est pas toujours assurée. Dans plusieurs secteurs d'activité, cette information n'a pas été tracée dans le dossier du patient. Le fonctionnement de la CDU est conforme ; chaque réunion fait l'objet d'un ordre du jour et d'un compte rendu, toutes les questions relatives à sa compétence y sont abordées.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement le recueil des indicateurs IPAQSS concernés par la thématique. Un questionnaire de satisfaction est mis à disposition des patients, celui-ci contient plusieurs items qui concernent les droits des patients. Des enquêtes à jour sont réalisées pour pallier au faible taux de retour des questionnaires de satisfaction. De plus, la plupart des services suivent des indicateurs spécifiques à leur activité. Le rapport d'activité de la CDU qui est produit chaque année fait le bilan des actions réalisées et fixe les objectifs pour l'année suivante.

A / AGIR

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

Le PAQSS est régulièrement complété par les actions d'amélioration résultant de l'examen des résultats d'évaluation, du traitement des déclarations d'événements indésirables, des audits ciblés, des résultats de RMN Des notes de services spécifiques sont publiées pour informer les professionnels. Les cadres de soins et la responsable qualité ainsi que les référents et correspondants de chaque unité assurent le relai entre les instances décisionnelles et les professionnels de terrain.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

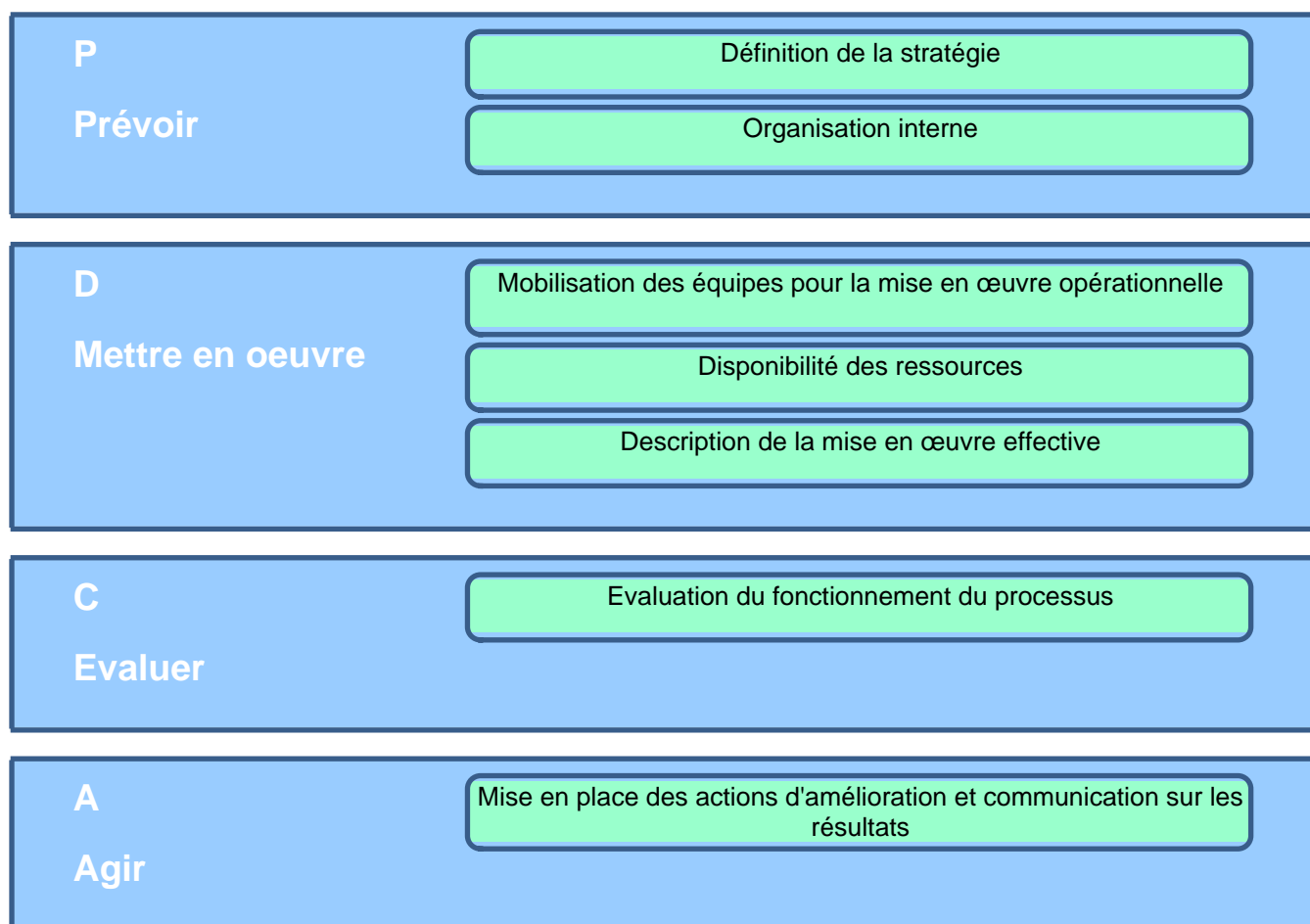
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les centres hospitaliers de Thiers et Ambert ont vocation à assurer, sur les deux sites, les prises en charge de médecine, chirurgie, gynéco-obstétrique, psychiatrie, soins de suite polyvalent et unité gériatrique. Ils disposent également de lits de soins palliatifs et d'un SMUR sur chaque site. Le projet d'établissement est en lien avec les CPOM respectifs des deux sites. La convention constitutive du GHT "Allier - Puy de Dôme" a été signée en juillet 2016 par les deux établissements. Le projet médical partagé est en cours de validation. La stratégie de commune des deux établissements sera finalisée après que le projet médical partagé soit défini, la gouvernance des deux établissements est assurée conjointement par la direction commune et les deux CME. L'établissement a identifié, analysé et hiérarchisé ses risques en s'appuyant sur les résultats d'indicateurs internes et nationaux (IPAQSS), sur les recommandations de certification V2010 et sur des audits internes. La cartographie des risques, élaborée avec les professionnels, a permis d'identifier 5 risques prioritaires. Le programme d'actions est formalisé et s'articule avec le compte qualité. Les plans d'amélioration concernent par exemple : le risque chute, la nutrition, les escarres,... Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration définies pour leur secteur. Les pilotes s'appuient sur un tableau de bord comprenant objectifs, responsables, échéances. Les travaux sont présentés et validés en instance du COGERIS.

ORGANISATION INTERNE

Un groupe de pilotage "parcours" composé de professionnels pluridisciplinaires des 2 sites coordonne la mise en œuvre. Des coordinations sont constituées avec les différents commissions. Des référents sont identifiés dans les unités. Une fiche de mission "pilote" est rédigée. L'organisation en place permet d'assurer l'adéquation des ressources humaines nécessaires en compétences aux besoins de la prise en charge. Les règles de présence comprenant les astreintes sont définies afin d'assurer la permanence des soins 24h/24h. Les effectifs médical et paramédical ont des compétences diverses et complémentaires et peuvent intervenir sur les deux sites. Des conventions sont en place avec des établissements environnants. Le réseau ville-hôpital est organisé avec l'ensemble des professionnels extérieurs et libéraux. Le plan de formation est élaboré au regard des besoins et intègre des thèmes sur la prise en charge tout au long du parcours et sur les différentes filières. Le processus parcours identifié formalise les étapes de la prise en charge. La procédure accueil est formalisée, elle définit la prise en charge de l'arrivée ou en pré-admission à la préparation de la sortie. Le parcours patient est défini que ce soit : en urgence, programmé ou en transfert. Les procédures et protocoles validées sont intégrés dans la GED (gestion électronique des documents). Les unités sont dotées du matériel nécessaires à la prise en charge (informatique, matériel de surveillance et d'examen, matériel de manutention, ...). Les circuits sont organisés avec les différents acteurs, les services administratifs, les services logistiques et les prestations externes (ex : laboratoire). Les sites sont dotés chacun d'un secteur de radiologie dont un scanner à Thiers. Les collaborations sont fortes avec les autres établissements de la communauté du territoire d'Auvergne d'où plusieurs conventions signées.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le groupe de pilotage et les référents de secteur mettent en place le programme d'actions institutionnel. Chaque service et chaque professionnel se mobilise autour des enjeux liés au parcours du patient selon les orientations déclinées. Le plan d'actions est personnalisé sur les deux sites en fonction de leur spécificité. Des réunions de concertation et de mobilisation des équipes permettent de communiquer avec les professionnels sur les résultats des évaluations et les améliorations obtenues et à poursuivre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences médicales et paramédicales nécessaires pour répondre aux objectifs et à l'activité sont disponibles, conformes aux besoins et formées dans les différentes spécialités et domaines de prise en charge. Les champs de compétences sont complémentaires et respectés. Ainsi, l'établissement dispose de praticiens dans les différentes disciplines, de sages femmes, de paramédicaux, d'assistantes sociales, de diététiciennes, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeute. Les formations sont effectives. Il existe un programme de formation pour les nouveaux arrivants. Les tableaux de présence, de gardes et astreintes 24H/24H, validés et tenus à jour, sont diffusés. Les remplacements sont pourvus. Les outils et supports d'informations sont en place dans différents lieux d'accueil : panneau d'affichage à l'entrée des unités, feuillet d'accueil du service, documents d'éducation à la santé. Les secteurs disposent des procédures et protocoles nécessaires à leur activité. Les équipements et matériels spécifiques nécessaires à l'atteinte des objectifs sont en place et fonctionnels; matériel de soins et de surveillance,

aide à l'ergonomie, mobilier adapté... Toutefois, le matériel d'urgence n'est pas toujours disponible. Lors de la visite de l'expert visiteur, il a été constaté l'absence de dotation en défibrillateur pour la prise en charge des urgences vitales. L'établissement a aussitôt validé une commande afin de doter au plus tôt chaque bâtiment d'un défibrillateur.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le parcours patient est défini dès la pré admission pour le SSR, l'accueil, la prise en charge journalière, les interfaces, la sortie et le suivi. Sur les deux sites, les organisations prévues sont mises en œuvre en respectant les filières (urgences, médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et gériatrie). Les pratiques professionnelles sont conformes à l'organisation des parcours et de la prise en charge établie. Les dispositions relatives aux pré-admissions et à l'accueil sont connues et mises en œuvre. L'accueil programmé ou non peut se faire directement vers le service ou par passage aux urgences. L'accueil administratif permet de constituer l'accès au dossier informatisé à partir de la bonne identification du patient. L'identité patient est validée dès l'admission dans chaque service et le bracelet est reposé à chaque changement d'unité par une IDE. A son installation dans la chambre, le patient reçoit les informations utiles au séjour. Le livret d'accueil est remis au patient et explicité, la personne à prévenir est désignée. Le formulaire pour la personne de confiance intègre un espace réservé pour inciter les patients à formuler leurs directives anticipées. Le contenu sera alors intégré dans le dossier patient. La prise en charge du patient est établie sur la base d'une évaluation initiale et continue de son état de santé qui intègre l'ensemble de ses besoins, notamment pour les personnes vulnérables selon les spécificités liées aux pathologies. Le patient est impliqué dans son projet personnalisé de soins. La notion de bénéfice risque est abordée. Le patient reçoit une information claire et compréhensible selon son état de santé et ses possibilités cognitives. L'entourage peut être associé aux décisions. Les conditions d'accueil des accompagnants sont adaptées selon la situation, les horaires de visites peuvent être élargis. Un studio est disponible pour les mamans en attente d'accouchement. Les réunions de concertations sont structurées sous différentes formes au sein des services : visite médicale journalière, staff hebdomadaire en équipe pluridisciplinaire, réunion inopinée en situation spécifique. Les évaluations et décisions sont tracées dans le dossier patient. Le programme de soins est déroulé selon les prescriptions établies et l'évolution de l'état de santé du patient. L'évaluation de la douleur est effectuée avec des outils communs. Les méthodes varient selon le contexte et le choix du patient (relaxation, acupuncture, sophrologie, hypnose,...). Les troubles nutritionnels sont dépistés et tracés, la diététicienne rencontre les patients repérés fragiles, le poids est suivi chaque semaine ou quinzaine selon l'unité. L'établissement développe un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète et mène de multiples axes d'éducation en santé (hygiène de vie, préventions des risques, allaitement,...). Des supports d'information sont disponibles (feuillelet d'information). Les patients en fin de vie bénéficient d'un accompagnement adapté à chacun ; l'équipe étant formée aux soins palliatifs (DU). La chambre du patient est personnalisée. La famille peut disposer d'un espace d'accueil spécifique. Le risque suicidaire est pris en compte, l'échelle de Duchet est utilisée, l'avis du psychiatre est recherché ainsi que l'accompagnement avec l'appui de la psychologue. La continuité des soins et la permanence des soins sont assurées sur l'établissement. Un médecin est joignable 24h/24h. En cas de nécessité, le recours peut se faire vers des établissements extérieurs (ex : service réanimation, néonatalogie). Les professionnels soignants des unités de soins connaissent la procédure relative aux urgences vitales internes avec un numéro unique d'appel (à Ambert) ou de réception unique (à Thiers). Les listes de gardes sont affichées dans les salles de soins. La vérification du matériel d'urgence est tracée. Une PASS santé et relais santé est installé sur les sites. La coordination entre les différents professionnels concourant à la prise en charge (médecins, soignants, diététiciennes, assistante sociale, psychologue, kinésithérapeutes, ergothérapeute, ...) est effective. L'ensemble des professionnels fait preuve d'une attitude d'écoute et de disponibilité. L'informatique permet la coordination avec le laboratoire externe, les résultats sont transmis dans des délais satisfaisants. La sortie (ou le transfert) du patient est anticipée en concertation avec le patient ou ses proches, avec l'appui si nécessaire d'une assistante sociale pour les aides à domicile. Le recours vers le réseau de santé ville-hôpital peut être recherché (ex : SIIAD, professionnels libéraux). A sa sortie, le patient reçoit les documents nécessaires à la continuité des soins dont un courrier puis un courrier est adressé au médecin traitant. En service de psychiatrie, l'entrée systématique par les urgences permet la réalisation de l'examen somatique. Puis à l'arrivée dans le service, la prise en charge est déclinée comme dans toutes les unités. La mise en chambre d'isolement fait l'objet d'une prescription réévaluée chaque jour. L'inventaire des biens est réalisé avec le patient ou à deux soignants en cas d'impossibilité. Le contrat de soins fait systématiquement l'objet d'un consensus avec le patient. Les procédures d'hospitalisation sous contrainte sont respectées. Toutes les actions de soins sont tracées. L'outil informatique permet une communication et une continuité entre professionnels. L'interface entre services est assurée (clinique, médico-technique, logistique). Cependant les protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique ne sont pas toujours opérationnels. En effet, l'existence de la feuille de surveillance de la pompe analgésie contrôlée (PCA) dans la gestion documentaire n'est pas connue du personnel infirmier en service chirurgie (à Thiers). De même, les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge ne sont pas toujours remises au patient. A la sortie, en HDJ, le compte rendu d'hospitalisation avec compte rendu opératoire ou d'endoscopie n'est pas remis au patient au moment de sa sortie. Enfin, les pratiques d'identitovigilance ne permettent pas toujours de sécuriser la prise en charge. En effet, le service de psychiatrie n'applique pas la procédure institutionnelle de pose de bracelet à l'entrée pour sécuriser la vérification d'identité des patients. La pratique a été réajustée en

visite et le port de bracelet est préconisé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en œuvre sur la base d'outils identifiés (indicateurs, bilan d'activité, etc). Des évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont également en place en lien avec les indicateurs nationaux (ex : douleur, nutrition). Une EPP a été menée sur le taux de ré-hospitalisation chez la personne âgée ou sur la procédure d'appel en urgence. Les audits sont réalisés à des temps intermédiaires du recueil des indicateurs nationaux. La revue de morbi mortalité est organisée selon les événements, elle est partagée avec les professionnels concernés de l'ensemble des services. En cancérologie, les RCP sont présentes. L'analyse des fiches de signalement EI est effective avec les déclarants sous forme de CREX. Elle mène à des actions d'amélioration diffusées sur l'ensemble des unités. Tous les résultats sont présentés en instances et diffusés.

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations, sont suivies dans le PAQSS parcours. Elles sont communiquées au niveau de la COGERIS qui les intègre dans le PAQSS institutionnel. Chaque site a élaboré une check list d'entrée et de sortie afin d'améliorer la bonne traçabilité des informations et le suivi des indicateurs. Une concertation commune est en cours pour harmoniser ces check-lists informatisées. La diffusion des résultats se fait à travers les comptes rendus de commissions. Des supports et modalités de diffusion sont divers : tableau d'affichage, réunion d'équipe. Les pilotes de processus et les responsables d'encadrement informent les professionnels. La diffusion est également faite en CRUQ.

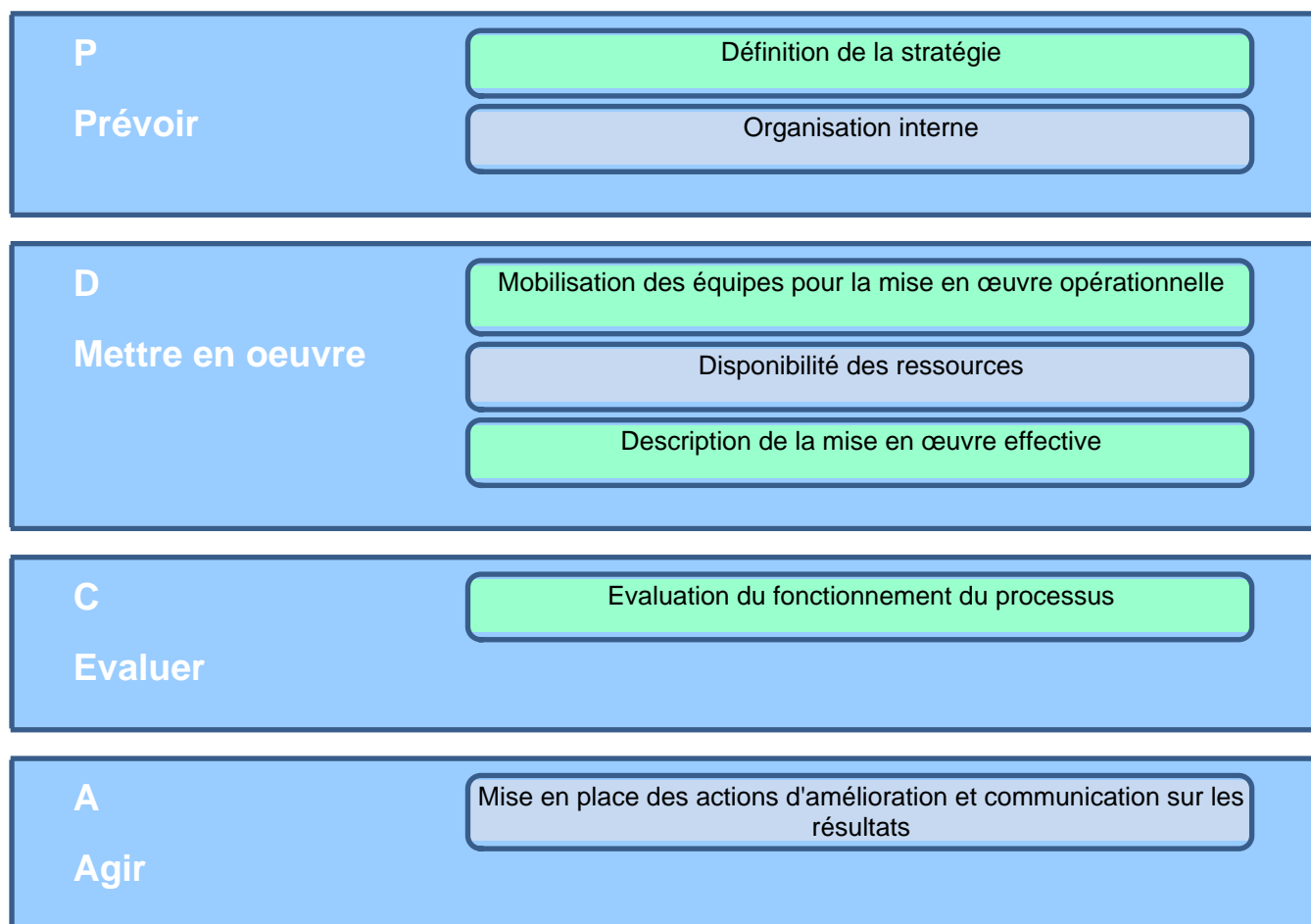
DOSSIER PATIENT

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

Les centres hospitaliers ont redéfini la stratégie concernant le dossier patient depuis le déploiement du dossier informatisé en 2014. Cette stratégie est élaborée sur la base d'une identification des risques à priori et à posteriori propre à l'établissement, de l'élaboration de la cartographie des risques, des besoins recensés au travers des résultats des évaluations, entraînant la définition d'objectifs d'amélioration et l'élaboration d'un plan d'actions, des résultats des IPAQSS, des recommandations des rapports de certification. Cette stratégie est inscrite dans les orientations institutionnelles précisées dans le projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet du Système d'information, de la politique d'amélioration de la qualité et gestion des risques (2012-2016), le projet d'achat logistique. Elle est incluse dans le CPOM (2012-2016) au travers de l'article 8 « développement du système d'information, en particulier le dossier du patient » de la politique d'amélioration de la qualité. La procédure « politique de gestion du dossier patient » précise les professionnels concernés, le domaine d'application, les responsabilités, les textes législatifs de référence, la description du contenu du dossier patient informatique. Les règles de gestion, d'accessibilité au dossier patient y sont également précisées, ainsi les modalités d'archivage, d'évaluation et de formation. Ces règles comprennent les données issues de consultations ou d'hospitalisations antérieures. Cette politique complétée des guides d'utilisation a été validée par les CME, elle est accessible sur la gestion documentaire électronique. La mise à jour et l'actualisation de la politique de Thiers est en phase de finalisation, sur le modèle de celle d'Ambert validée en juin 2016, suite au déploiement de l'informatisation de tous les services d'hospitalisation achevée en décembre 2016. Le site d'Ambert a été l'établissement pilote. Suite à la réalisation de la cartographie, à la hiérarchisation et à la priorisation des risques élaborée par la méthode des « 5 M » en lien avec le service qualité, les établissements ont défini des objectifs d'amélioration classés en cinq thèmes. Dans le compte qualité commun sont précisés aux côtés des objectifs, les actions, le responsable, le début prévisionnel de réalisation, le délai réel, l'échéance prévue, les modalités de suivi, l'état d'avancement. Les actions d'amélioration relevant du dossier patient sont incluses dans le plan d'actions des différentes instances concernées (CME, CSIRMT, ..).

Le compte qualité a été validé par les CME, le Copil.

ORGANISATION INTERNE

Les établissements ont mis en place une organisation interne pour piloter le processus dossier patient. Deux pilotes ont été désignés : un président de CME, et un infirmier détaché sont référents institutionnels DPI. Leur fiche de mission est élaborée, validée par le directeur.

L'accès des professionnels au dossier informatisé est réglementé par deux codes : un pour l'accès au système d'information, un pour le logiciel dossier patient.

La charte informatique est remise à chaque professionnel.

Chaque professionnel à son arrivée reçoit les codes par le service informatique après demande soit de la directrice des soins, soit de la personne en charge de la gestion des médecins. L'administrateur de garde a la possibilité d'attribuer un code pour un professionnel intérimaire intervenant en dehors de l'ouverture des bureaux administratifs.

Sur les deux établissements le secrétaire de direction est la personne référente désignée pour assurer l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès.

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

Pour mener à bien le fonctionnement et l'évolution du logiciel du dossier patient informatisé, les établissements ont mis en place les ressources humaines nécessaires: référents institutionnels et référents DPI par service. Les pilotes référents sont assistés par un médecin de chaque site et un cadre de santé sur chaque établissement : la directrice de soins d'Ambert et un cadre chargé de la coordination des secrétariats et de l'archivage de Thiers, et par le médecin DIM partagé.

Des groupes de travail ont été mis en place sur les deux sites, ainsi que des référents DPI par service sur les deux sites. Des services pilotes ont été choisis pour faciliter le déploiement sur chacun des sites. L'avancée du déploiement de l'informatisation a nécessité un suivi mensuel par le Copil.

La formation initiale a été réalisée par les prestataires du logiciel et déployée par les référents institutionnels. Parallèlement à cette mise en place la réalisation des documents nécessaires au bon fonctionnement a été réalisée et validée. Il vient d'être mis en place un « club utilisateurs » composé d'IDE pour faire remonter le vécu des soignants, en plus des référents chargés de l'information technique ascendante et descendante

Le matériel est adapté dans toutes les unités.

Les postes informatiques fixes et mobiles sont en place, la direction a fait le choix d'un matériel ergonomique, grand écran bactériostatique, sur pied facilitant ainsi l'adhésion des professionnels.

La composition des dossiers est définie dans les documents « politique de la gestion du dossier patient ». Le dossier est majoritairement informatisé, des documents papiers sont présents, leur gestion est définie et organisée.

Au centre hospitalier d'Ambert tous les documents papiers (personne de confiance, lettre médicale d'entrée,..) sont scannés dans le dossier informatisé, les comptes rendus d'hospitalisation de tous les patients ont été récupérés informatiquement depuis 2002. Au centre hospitalier de Thiers il existe encore parallèlement un dossier patient comportant ces éléments dans l'attente de réception du matériel nécessaire à leur intégration dans le dossier informatisé. Le dossier papier est archivé.

Le plan de maintenance est organisé : le dépannage d'urgence en interne, la maintenance préventive, la maintenance de la mise à jour par la société prestataire. La gestion de l'évolution des besoins est réalisée par le médecin référent DPI en lien avec le prestataire. Deux serveurs sont en place, un permet l'impression des documents notamment les prescriptions médicamenteuses, le suivi patient, en cas de panne informatique. Un plan d'achat est en place.

Les différents locaux de l'archivage sont sécurisés, rangés.

L'ensemble des procédures définissant le circuit du dossier de son admission à son archivage est formalisé, validé et accessible sur la gestion documentaire électronique (GED).

Des procédures dégradées en cas de panne informatique sont élaborées.

La procédure « gestion dossier patient » définit les règles de gestion de création, d'accès, de tenue, d'utilisation, d'écriture, de confidentialité et d'archivage.

L'archivage des dossiers papier fait également l'objet d'une procédure selon la méthode « JALEMA ». Un logiciel Excel permet de retrouver et de localiser un dossier.

Une procédure définit l'organisation de l'accès du patient à son dossier et de son information quant aux droits d'accès. Le patient est informé de ses droits d'accès par l'intermédiaire du livret d'accueil, remis systématiquement à l'entrée et par voie d'affichage. L'information est présente sur le site internet des établissements.

La gestion des interfaces des différents logiciels et celle des circuits sont organisées facilitant la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité : pharmacie, laboratoire (fax sécurisé, flux informatique), services administratifs (admissions, logiciel permettant gestion des doublons administratifs), secrétariats (logiciel agenda). Les résultats radiologiques sont accessibles à partir du logiciel interopérable. Le logiciel Trajectoire permet le recueil des demandes d'admission pour les SSR. Une messagerie sécurisée avec les médecins libéraux est installée. Le codage des actes se fait par les TIM, validé par le médecin DIM directement à partir des dossiers patients informatisés.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'organisation déployée autour du dossier patient s'inscrit dans la globalité de la prise en charge du patient à toutes les étapes.

Les pilotes référents ont en charge le déploiement du logiciel, la formation des professionnels de santé administratifs, paramédicaux et médicaux, la communication sur le terrain, l'atteinte des objectifs arrêtés dans le compte qualité par la mise en place des actions d'améliorations définies. La mobilisation et la forte implication des équipes ont été sollicitées par ces pilotes, relayées par les cadres transmettant les informations descendantes des réunions d'encadrement, lors de l'analyse des risques, de la réalisation des patients traceurs, des audits et de leurs restitutions, de la mise en place des actions d'amélioration suivies par le Copil.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Tous les professionnels soignants, médicaux, administratifs ont été formés à l'utilisation du dossier. Les référents institutionnels DPI ayant participé au paramétrage lors de la mise en place du logiciel ont en charge le déploiement de cette formation aidés des référents, y compris pour les nouveaux arrivants. Une formation de quatre heures est réalisée tous les six mois pour les nouveaux internes.

Des formations obligatoires en interne sont dispensées à tous les professionnels, lors d'un changement ou d'un nouveau document paramétré pour en permettre l'utilisation rapide et effective, elle est accompagnée d'une instruction incluse dans la GED. En fonction des résultats des audits, des formations sont également obligatoires. Les profils d'accès des utilisateurs sont définis et la traçabilité des accès est assurée.

Un système d'astreinte informatique est organisé.

La gestion documentaire comprend de nombreuses procédures en lien avec le dossier patient : « procédure relative au fonctionnement normal des logiciels DPI », « fiche de recueil identité –mouvements », « procédure relative à la gestion du dossier patient », « procédure de gestion des comptes utilisateurs dans le système informatique hospitalier ».

Le document « politique de la gestion du dossier patient » précise les différents documents à remplir dans les cinq onglets du logiciel.

Un récapitulatif des fiches constitutives du dossier de soins précise les différentes fonctions de chaque fiche (ex : évaluation initiale, fiche de pansement, fiche de liaison, de contention), leur code et leur couleur. Elles sont accompagnées d'un récapitulatif de guide d'utilisation.

Afin de prévenir toute défaillance ou d'arrêt inopiné du logiciel, des procédures de fonctionnement en mode dégradé (procédure en mode dégradé d'admission, pour la continuité de la PECM,.) », « Procédure

de fonctionnement en mode dégradé et retour en mode normal », « instruction admission en mode dégradé ». Une procédure de reprise de l'activité et de continuité d'activité est également élaborée.

L'ensemble de cette documentation est accessible sur le logiciel documentation GED

La charte informatique est remise aux professionnels avec le livret d'accueil du personnel.

Les éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient sont tracés dans le dossier patient : observations, projet thérapeutique ou de vie, résultats des consultations externes, examens biologiques, radiologiques, hospitalisations précédentes, observations cliniques, compte-rendu, synthèse. Chaque saisie d'éléments est horodatée. Tous les professionnels (soignants, rééducateurs, ergothérapeutes, diététicienne,..) tracent leurs soins, leur surveillance, leurs observations et tous autres éléments nécessaires à la prise en charge du patient (psychologue, assistante sociale). Une check liste d'entrée et de sortie est présente.

Les équipements informatiques requis pour assurer la traçabilité des données de la prise en charge des patients sont opérationnels dans toutes les unités de soins et au niveau des plateaux techniques.

Les professionnels bénéficient d'outils informatiques fixes et mobiles, sont en nombre suffisant, permettant de valider les soins et la surveillance effectués, en temps réel.

La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient en temps utile dans le dossier et l'accessibilité en temps utile des informations par les différents professionnels permettent une prise en charge optimale.

La maintenance du matériel est organisée.

Les établissements disposent de locaux d'archivage sécurisés pour les dossiers papiers. Un classement de rangement des dossiers papier est en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité connaissent et mettent en œuvre l'organisation définie pour le bon fonctionnement de prise en charge.

Une organisation est en place pour le recueil des différentes informations depuis la pré admission (par trajectoire, ou par envoi d'un pré dossier), l'admission, jusqu'à la sortie pour le DPI, jusqu'à la facturation pour le dossier administratif.

Dès l'admission administrative le dossier patient informatique est ouvert à la disposition des divers professionnels pour organiser l'accueil et la prise en charge du patient.

L'entrée administrative est faite soit par le bureau des entrées, soit au niveau des urgences, soit au niveau de la maternité pour Thiers. Le bureau des entrées attribue au patient un numéro d'identifiant permanent (NIP) unique. Le patient arrive dans le service avec les papiers administratifs (élaborés après le contrôle des pièces d'identité réglementaires) et les étiquettes. Le bracelet d'identification est mis par un soignant dans le service après vérification de l'identité. Lors de sa sortie ou de son transfert, l'infirmier valide la sortie sur le DPI, recueille les documents papiers qui sont soit scannés et intégrés au DPI par un professionnel à Ambert, soit archivés par la secrétaire médicale à Thiers. Lors d'un transfert les éléments du DPI sont accessibles à l'autre service, une nouvelle entrée est réalisée permettant d'avoir des nouvelles étiquettes. Lors d'un nouveau passage du patient, les éléments du dossier sont retrouvés dans le DPI, si besoin le dossier papier sera sorti par la secrétaire médicale.

Tous les éléments constitutifs des différentes étapes de la prise en charge sont tracés en temps utile dans le dossier : informations recueillies au moment de l'admission, au cours de la prise en charge tout au long du séjour et les informations formalisées établies à la fin du séjour. Cela a été vérifié également lors des patients traceurs réalisés lors de la visite. Chaque saisie d'information est horodatée et mentionne l'identité du professionnel qui l'a réalisée.

L'accès en temps réel utile aux données du patient dans toutes les unités et par tous les professionnels concernés est effectif, cela facilite le suivi des patients et la réalisation des synthèses pluridisciplinaires.

Les résultats des analyses biologiques sont accessibles en temps utile. Les comptes rendus des examens d'imagerie sont accessibles par l'intermédiaire du logiciel spécifique

La gestion des interfaces et des circuits est organisée et opérationnelle pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité (services de soins, administratifs, médico techniques, bloc, urgences). Tous les services sont informatisés à Ambert. A Thiers les services d'hospitalisation le sont, une organisation pour le partage des informations est en place pour les autres secteurs : dossier anesthésique, maternité. Le dossier transfusionnel est papier.

Les circuits sont respectés de l'ouverture à la fermeture du dossier.

Une messagerie sécurisée avec les médecins traitant est fonctionnelle.

La confidentialité des informations est respectée dans les différents secteurs (postes informatiques rangés dans les salles sécurisées, lors des transports internes, externes, une organisation est en place. Les dossiers médicaux sont dans une armoire classeur fermée à clé ou les bureaux sont fermés. Lors des visites médicales les PC sont mis en veille cachant toute information.

L'accès du patient à son dossier est assuré conformément à la procédure et à la réglementation. L'information du patient concernant l'accès à son dossier se fait par l'intermédiaire du livret d'accueil distribué systématiquement à son arrivée. Une organisation connue de tous les professionnels est en place.

Le respect du délai d'envoi des documents du dossier est réglementaire pour les dossiers supérieurs à 5 ans. Toutefois il n'est pas systématiquement respecté pour les dossiers inférieurs à 5 ans. Il est de 9

jours. Ce dysfonctionnement a fait l'objet d'une analyse, d'un suivi, d'un plan action. Ces informations sont transmises à la CRUQ.

Le rangement du dossier papier est géré par les secrétaires médicales de chaque secteur après l'envoi du compte rendu du séjour aux médecins adresseurs et aux médecins référents. Un groupe de travail est en place pour répondre à la réglementation de la lettre de liaison remise au patient à sa sortie pour certains cas : annonce difficile, psychiatrie.

La gestion des archives médicales est sous la responsabilité des secrétaires médicales. Un cadre à Thiers a en charge l'organisation des secrétariats médicaux et de l'archivage.

Les dossiers récents sont gardés dans chaque secrétariat médical avant d'être transférés au local archive. La destruction des dossiers supérieure à vingt ans est organisée avec le médecin DIM.

La recherche d'un dossier se fait par numéro d'identifiant permanent NIP dans le logiciel dossier patient.

La gestion des demandes d'accès au dossier par le patient incombe aux secrétaires de direction qui élaborent un tableau de bord de suivi des demandes.

Les modalités de communication en temps utile du dossier entre les professionnels impliqués et dans la prise en charge avec les correspondants externes sont facilitées par l'utilisation du dossier patient informatisé. Lors de la sortie les éléments nécessaires sont imprimés à partir du logiciel (lettre de sortie, ordonnance médicamenteuse, fiche de liaison si nécessaire pour les professionnels d'aval).

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation est géré par le référent médecin DPI et le médecin DIM à Ambert, à Thiers il incombe au référent infirmier DPI détaché et à la directrice qualité.

Les établissements assurent différentes évaluations : le recueil des IPAQSS, différents audits internes sont en place : modalités d'archivage, traçabilité des éléments dans le dossier informatisé, des éléments papier.

Des audits ont été réalisés : 34 dossiers en juillet 2016 sur Ambert, et refait en décembre suite à la mise en place d'actions d'amélioration. Ils ont concernés l'ensemble des éléments réglementaires nécessaires au recueil des indicateurs IPAQSS de l'entrée à la sortie.

Le suivi de la mise en œuvre de la gestion du dossier patient se fait aussi sur la base de l'analyse des événements indésirables peu nombreux, un événement déclaré en novembre 2016 a fait l'objet d'un CREX en janvier 2017.

Des indicateurs sont mis en place, par exemple: nombre d'agents formés, en cas de turn over le seuil critique est de 80% de formés par service,

L'accès du dossier par le patient fait l'objet d'une évaluation, un tableau de bord de suivi des demandes de consultation de dossier est en place.

L'évaluation des délais de transmission des dossiers traduit le respect réglementaire pour les dossiers supérieurs à 5 ans.

L'analyse des résultats des délais de retour de 2016 a conduit à une mise d'actions correctives : une case spécifie la date à laquelle les éléments à transmettre sont prêts et la date à laquelle le patient vient les retirer, ainsi que le motif du retard.

La communication des résultats est transmise par la secrétaire de direction aux instances dont la CDU.

A / AGIR

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

Suite aux différentes évaluations et au déploiement du DPI des actions d'amélioration ont été mises en place visant principalement l'amélioration de son utilisation afin de mieux répondre aux éléments réglementaires nécessaires au recueil des IPAQSS, et au meilleur suivi de la prise en charge : un icône a été inséré pour améliorer la traçabilité de la surveillance de la pose de voie veineuse périphérique, du sondage urinaire, de la réévaluation de l'antibiothérapie, du suivi des BMR. De nombreuses procédures ou instructions ont été mises à jour. Un document « petit abrégé du parcours du patient » plastifié est un aide-mémoire pour les médecins afin de saisir les éléments importants de la prise en charge du patient dans le DPI dans l'icône adéquat, facilitant ainsi le recueil des informations et l'harmonisation les pratiques.

Ces actions sont intégrées dans le plan d'actions institutionnel. Une personne qualité assiste toujours aux réunions de bilan, des référents DPI sont présents aux instances. Le plan d'actions est suivi par le COPIL Les actions d'amélioration sont déployées au sein des équipes par les cadres après les comités de cadre. La mise en place de certaines actions d'amélioration fait l'objet d'une traçabilité de prise de connaissance de la part des professionnels. L'information médicale est faite en CME par le médecin référent institutionnel DPI et le médecin référent du site.

La communication des résultats est réalisée par la directrice des soins responsable qualité au sein des

différentes instances, qui retransmet en réunion de responsables eux-mêmes en charge de les déployer au sein des différents services. Les résultats d'audits, d'actions d'amélioration font l'objet d'un affichage. Tous les documents qualité et compte rendus sont en ligne sur la GED. Les usagers sont informés par l'affichage à l'accueil des résultats IPAQSS, lors des réunions de la CRU (CDU depuis 2017), sur le site internet des établissements.

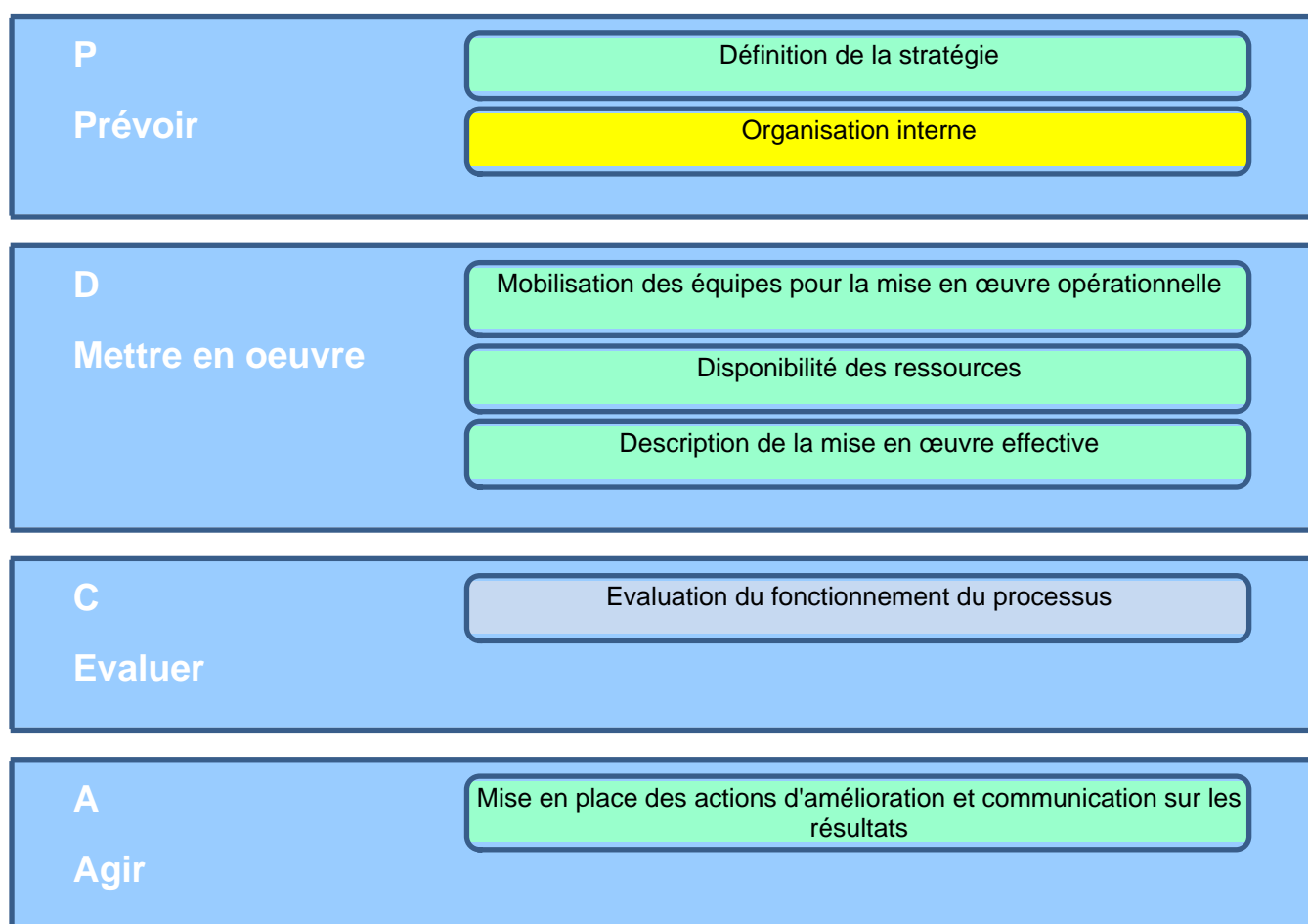
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les Centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert ont défini leur stratégie en matière de prise en charge médicamenteuse du patient au travers de différents documents. Ils sont complétés par « le manuel qualité de la prise en charge médicamenteuse ». La politique PECM est un axe de la politique d'amélioration de la qualité et de la gestion des risques et des orientations stratégiques inscrites dans le CPOM 2012-2017. Elle est incluse dans le projet d'établissement commun au travers du projet médical, de soins et du système d'information. Elle a été élaborée en associant les membres de la direction, la CME et les professionnels dans le respect de la réglementation en vigueur. La prise en charge médicamenteuse prend en compte la poly pathologie de la personne âgée. Cette politique s'appuie sur un état des lieux. Les CH ont réalisé une cartographie des risques hiérarchisés en associant les différents professionnels y compris ceux du service qualité. Elle prend en compte les recommandations des certifications respectives Ambert 2012, Thiers en 2015, les résultats du CBUM, la prévention des risques associés à chaque étape de la prise en charge, les résultats des inspections ARS de la PUI en 2015 à Thiers, les audits émanant d'Interdiag, la réglementation. Les risques sont hiérarchisés selon une méthode définie en concertation avec les professionnels. Elle est déclinée dans un compte qualité commun, et dans un plan d'actions spécifique à chaque établissement formalisé selon la même trame, précisant le thème, l'objectif, la source du thème, l'action, le pilote, l'indicateur de suivi, le début, l'échéance fixée, l'avancée par trimestre et par an, une case commentaires. Les plans d'actions sont intégrés au programme d'amélioration de la qualité et sécurité des soins institutionnel. Ils sont revus tous les ans. Ces deux politiques sont validées par les instances, Copil, Comédims et CME ainsi que les manuels qualité. Elles sont relayées par les pharmaciens dont un est président du Comédims, les chefs de pôle référents médicaux qualité et les cadres de santé au sein des unités.

ORGANISATION INTERNE

Les CH ont mis en place une organisation interne pour piloter le processus, identique aux deux établissements. Le pilotage est assuré par les deux responsables désignés RAQPECM. Les responsabilités et missions sont identifiées et formalisées dans leurs fiches de poste. Les Comédims sont des instances opérationnelles. Au regard des besoins et risques identifiés dans la cartographie des risques, les CH prévoient les besoins en ressources humaines. Un médecin référent antibiothérapie est présent sur chaque site. Un cadre a un temps dédié à la prise en charge médicamenteuse. Une préparatrice en pharmacie référente sur chaque site est en place, celle d'Ambert a un temps dédié. Des référents pharmacie sont désignés. La liste des prescripteurs est actualisée, validée par le directeur, présente dans les PUI. Les ressources matérielles, en équipement et maintenance sont effectives : les prescriptions médicamenteuses sont informatisées dans le dossier patient pour tous les services d'Ambert, et de Thiers sauf le bloc opératoire et les prescriptions relevant de la chimiothérapie. Les chariots sur pied sur lesquels sont posés les postes informatiques sont ergonomiques, ils suivent les chariots servant à la distribution des comprimés. Les médicaments des chariots d'urgences sont sécurisés, contrôlés mensuellement. Les deux unités de reconstitution des cytostatiques sont conformes à la réglementation, équipées de hotte à flux laminaire, et de matériel de protection individuelle. Un circuit de marche en avant est en place. Un système de reconditionnement unitaire permet de maintenir tous les médicaments lisibles jusqu'à l'administration. Les médicaments à risques sont identifiés dans les armoires des services de soins, ainsi que dans les PUI, ils sont affichés sur les armoires, identifiables par un même pictogramme. Une politique d'achat commune aux deux établissements est en place, ainsi qu'une gestion d'optimisation des stocks. Le stockage des médicaments est contrôlé. Le système « plein vide » est en place à Thiers, en cours de déploiement à Ambert. La prise en charge médicamenteuse informatisée est intégrée au système d'information. Un dispositif d'entretien et de maintenance est en place. Une procédure relate la conduite à tenir en cas de panne informatique, un serveur permet l'impression des feuilles de prescription des patients si besoin. Les ressources documentaires sont gérées par la directrice des soins responsable qualité commune aux deux établissements, l'ensemble des procédures et protocoles sont intégrés dans le logiciel spécifique « GED », des outils d'aide à la prescription et administration sont présents. Les procédures et les protocoles élaborés, sont validés par le pharmacien et le président de CME sont connus et respectés. Les protocoles médicamenteux sont intégrés dans le logiciel de prescription. Les documents précisent la réglementation, l'engagement de la direction, l'organisation du management de la qualité de la prise en charge médicamenteuse, le circuit du médicament comprenant les différentes étapes de la prescription à l'administration, les dispositions sur le bon usage des antibiotiques, la formation, la démarche qualité précisant la gestion des risques, l'analyse des fiches d'événements indésirables relatives à la PECM, et celles relevant de la pharmacovigilance, la iatrogénie de la personne âgée, l'évaluation du circuit du médicament. Une procédure précise la gestion des médicaments à risques. Les différentes organisations y compris la gestion des événements indésirables (EI) et EIG, sont formalisées et validées. La gestion des interfaces entre les unités de soins, et la PUI est organisée et formalisée. Le service qualité est informé, il participe

directement à toutes les évaluations : audits, EPP. Un représentant de la qualité ou la personne Cogéris assiste au Comédims. Les pharmaciens ont accès aux résultats des analyses biologiques à partir du dossier patient informatisé. Le circuit des déchets pharmaceutiques y compris ceux émanant de la préparation des cytotoxiques est conforme. Les pharmaciens ont la possibilité d'avoir accès aux CR de réunions de concertation pluridisciplinaire scannées. Les relations avec les pharmacies de ville se font par l'intermédiaire du tampon de l'ordonnance scannée. Une organisation est en place pour la permanence pharmaceutique. Toutefois, les modalités assurant la sécurisation de la dispensation des médicaments ne sont pas toutes respectées. En effet, une procédure prévoit, en cas de besoin urgent d'un médicament ne pouvant être substitué, non présent dans un autre service, l'accès à la PUI à l'administrateur de garde accompagné par une infirmière sur le site de Thiers. Cette consigne est effectivement appliquée. Une convention est déjà signée avec le centre hospitalier du CHU de Clermont. Pendant la visite, une armoire de dotation pour besoin urgent a été commandée, dès réception de cette armoire, l'organisation conforme du centre d'Ambert sera mise en application. Une note a été élaborée et signée par le directeur et le pharmacien modifiant le rôle de l'administrateur de garde, non habilité à entrer dans la PUI, mais devant organiser le transport du médicament absent depuis le CHU si besoin.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes est faite par les pharmaciens et le service qualité qui transmettent l'avancée du plan d'actions ou les résultats des audits en réunion de cadres ou en CME. Les cadres au sein des unités, les chefs de pôle ou référents relayent ces informations sur le terrain. Le référent préparateur pharmacie peut participer aux réunions de cadres. Des actions de sensibilisation pour inciter les professionnels à déclarer les événements indésirables liés au circuit du médicament sont déployées et des formations pour les professionnels au risque d'erreurs médicamenteuses, à l'utilisation des seringues PCA, sur l'iatrogénie médicamenteuse, sont menées. Des audits sont réalisés permettant de s'assurer de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues, par exemple audit Interdiag tous les deux ans. Les professionnels sont informés de leurs résultats lors de réunion de cadres, des instances, par voie d'affichage et sur intranet « GED ». Les comptes rendus des réunions mentionnant les résultats et les axes d'amélioration sont également sur la GED. Les professionnels sont aussi sensibilisés lors des différentes formations, formation au bon usage des antibiotiques, et aux erreurs médicamenteuses, et lors de leur participation à l'analyse des événements indésirables.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Sur chaque site un médecin est référent antibiothérapie, un est titulaire d'un diplôme universitaire. Il y a quatorze référents pharmacie émanant des différents services. Des formations internes et externes ont été réalisées dans le cadre du plan de formation. Une formation interne est en place pour les nouveaux internes deux fois par an ainsi que pour les nouveaux prescripteurs. Le circuit du médicament est informatisé dans toutes les unités à Ambert et à Thiers, hormis les prescriptions des chimiothérapies et le bloc opératoire à l'hôpital de Thiers. Le matériel est adapté et fonctionnel. Les chariots sont équipés de postes informatiques ergonomiques et bactériostatiques. Ils sont opérationnels et en nombre suffisant dans les services. Les armoires de pharmacie sont conformes, fermées à clés. Les chariots d'urgence à Thiers sont scellés, à Ambert les boîtes contenant les médicaments des chariots d'urgences sont sécurisées. Ils sont contrôlés régulièrement mensuellement. Les locaux des pharmacies respectent les normes de sécurité en matière d'infraction. Les locaux de la PUI d'Ambert sont spacieux permettant la séparation de l'accueil, des postes de préparateur, des pharmaciens, de la préparation des piluliers à partir des plans de cueillette. Les locaux des unités de reconstitution des cytotoxiques sont isolés, sécurisés, conformes aux exigences réglementaires. Les zones de stockage des armoires à pharmacie sont fermées à clé dans les unités, le stockage des stupéfiants est conforme. Les armoires et les caisses de transport de médicaments sont scellées lors de l'acheminement dans les unités. La chaîne du froid est assurée et respectée. Les réfrigérateurs sont pourvus d'un système de contrôle dans les deux PUI : température enregistrée avec alarme technique. Dans les unités sont en place des thermomètres, la température est relevée tous les jours. Un plan d'achat prévoit le déploiement du système plein vide dans les unités. Les procédures et les protocoles élaborés, validés sont mis à disposition des professionnels sous forme électronique « GED », ils concernent les différentes étapes du circuit du médicament : prescription, dispensation, commande, transport, gestion des armoires, des dotations, administration, suivi et réévaluation notamment de l'antibiothérapie. Des documents d'aide à la prescription sont disponibles, livret thérapeutique, manuel du logiciel de prescription interactions médicamenteuses et guide du bon usage des antibiotiques, banque Thériaque. Des documents d'aide à l'administration sont à la disposition des infirmiers comme la liste des médicaments sécables, pouvant être écrasés et les calculs de dose, ils sont disponibles sur le logiciel de prescription et d'administration. Des documents d'équivalence sont élaborés : équivalences pour les IPP, statines, HPBM, collyres, ... Des formations sont réalisées sur les erreurs médicamenteuses et sur la préparation des cytotoxiques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les professionnels mettent en œuvre les protocoles et procédures établis. Les règles de prescription sont mises en œuvre dans les services. Toutes les prescriptions sont informatisées (sauf au bloc de Thiers). Elles prennent en compte le traitement du patient à son arrivée. Les prescriptions des stupéfiants, des produits cytotoxiques font l'objet d'une organisation et une traçabilité spécifique. Les règles de prescription anticipée sont en place. La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission à la sortie, y compris lors d'un transfert, cela a été vérifié lors du patient traceur et lors des investigations dans les unités. La liste des prescripteurs validée, à jour, est présente dans les deux PUI. L'analyse pharmaceutique prend en compte les paramètres cliniques et biologiques du patient, le pharmacien a accès au dossier patient et aux résultats d'analyse informatisés. L'analyse pharmaceutique est organisée en fonction des services, des pathologies, du type de prescription. Elle est systématique pour les prescriptions des cytotoxiques, pour les antibiotiques protégés, les ordonnances avec des contres indications absolues, les médicaments à risques (AVK). L'objet d'une mention par le pharmacien s'il constate une anomalie, se repère par une bande jaune dans l'icône « commentaire ordonnance » pour le médecin, « commentaire produit » pour l'infirmier. Le pharmacien peut également appeler le prescripteur. A Ambert, une armoire dotation d'urgence d'antibiotiques se trouve au service des urgences. Une convention est signée avec le CHU de Clermont-Ferrand. La délivrance globale nominative est effective à Thiers et en cours de déploiement à Ambert (effective pour l'USLD et une partie du SSR). La dispensation contrôlée pour tous les antibiotiques est effective, les stupéfiants, les reconstitutions de cytotoxiques. Le conditionnement unitaire est réalisé pour les médicaments dont l'emballage ne permet pas l'identification jusqu'au moment de l'administration. Le transport des médicaments ainsi que les stupéfiants entre les PUI et les unités se font dans des caisses, ou armoires scellées. A Ambert, site pavillonnaire, le transport des armoires se fait par camion. La chaîne du froid lors du transport des médicaments le nécessitant est respectée. Le transport des médicaments reconstitués est assuré par le pharmacien lui-même. Les règles de gestion, rangement, stockage des médicaments sont respectées. Les armoires à pharmacie sont toutes fermées à clés. Les chariots des unités de distribution comportent les piluliers nominatifs journaliers. Les armoires comprennent les boîtes nominatives de chaque patient, si distribution nominative, ou les différents médicaments définis par dotation. Les règles de bio nettoyage des frigos sont respectées. Les bonnes pratiques de préparation sont appliquées et respectées. Un « carnet de suivi » permet au patient de connaître les principaux effets indésirables, les numéros des différents professionnels « contacts utiles » intervenant dans cette prise en charge, le tableau de suivi du traitement, les commentaires servant de transmissions également entre professionnel extérieur, le schéma d'administration du traitement réparti sur la journée à domicile. Les règles d'administration des médicaments sont définies et respectées. Les médicaments sont contrôlés et distribués par l'infirmière à partir d'un chariot de distribution préparé par les préparateurs ou les infirmiers en fonction du service. L'infirmière distribue les médicaments au patient après vérification de l'ordonnance prescrite sur le dossier patient. Elle s'assure de la prise effective lors de la distribution. En maternité le pilulier est distribué pour la journée à la patiente ou parturiente, qui gère la prise seule, un contrat d'engagement est passé entre le service et la patiente. Dans le service de SSR Ambert, la distribution des comprimés se fait par l'infirmier en collaboration avec l'aide-soignant. L'infirmier devant la porte de la chambre du patient vérifie les prescriptions, donne les comprimés à l'aide soignant qui l'aide à les prendre, l'IDE trace l'administration. Au cours de la visite, la procédure a été modifiée en précisant que c'est l'IDE qui vérifie, distribue et trace l'administration des médicaments. La directrice des soins d'Ambert en a informé les cadres. Les professionnels de santé infirmiers et médecins assurent l'information des patients sur le bon usage des médicaments par le biais de documents spécifiques chimiothérapie, anticoagulants, diabète. La gestion du traitement personnel à l'arrivée du patient dans le service fait l'objet d'une procédure, appliquée et respectée. Les prescriptions à l'admission et les ordonnances de sortie tiennent compte du traitement dont disposait le patient avant son hospitalisation. Dès son arrivée, le patient est informé du fait que seuls les médicaments fournis par le PUI lui seront délivrés. Si un médicament n'est pas disponible à la PUI, le médicament personnel peut être utilisé, cela fait l'objet d'une procédure. Les traitements personnels sont stockés dans les armoires de pharmacie dans une poche portant l'étiquette du patient. Ils font l'objet d'une traçabilité dans le check liste d'entrée et de sortie. Lors d'une pré admission les cadres informent les patients de ne pas venir avec leurs médicaments. Un contrôle des périmés à la PUI est effectué par les préparateurs, dans les unités par les IDE ou les préparateurs. La gestion des périmés fait l'objet d'une procédure. Le système plein vide, en place à Ambert et en cours de déploiement sur le site de Thiers, a permis d'en diminuer le nombre. Les médicaments des chariots d'urgence sont vérifiés et sécurisés. Le stockage est sécurisé, les médicaments à risque sont identifiés à la PUI et dans les unités par une étiquette spécifique et identique dans tous les lieux. La traçabilité de l'ensemble des actes et vérifications liée à la prise en charge est effective dans les deux PUI, dans les services, au service qualité pour l'analyse des FEI, REMED, CREX. La traçabilité de l'administration est assurée en temps réel après la prise par le patient sous la surveillance de l'infirmier dans la majorité des services. La non prise est également tracée en précisant la cause. Toutefois, la traçabilité de l'administration des médicaments, dans le dossier, n'est pas toujours faite en temps réel. En effet, en SLD à Thiers, la traçabilité s'effectue de façon globale à la fin de la distribution et non après chaque patient. Une note d'information a été rédigée immédiatement rappelant les bonnes pratiques signée du RAQPECM.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation de la mise en œuvre du processus est réalisée par différents audits à échéance définie. Les indicateurs nationaux IPAQSS sont recueillis. Le CBUM et l'audit Anap Interdiag sont réalisés tous les deux ans. De nombreuses évaluations réalisées font l'objet d'indicateurs internes. Des audits de connaissance évaluent les acquis et pratiques comme celui de la préparation des cytotoxiques, préparation du traitement médicamenteux. Le nombre de FEI est suivi. Elles sont analysées en réunion, classées en quatre items à Thiers, à Ambert elles sont priorisées par la gravité et la récurrence. Les FEI qui le nécessitent sont traités en CREX. Des plans d'actions sont mis en place à la suite. Le suivi de la consommation des antibiotiques et des antalgiques est réalisé. Des EPP sont en cours, à Ambert. A Thiers, trois EPP concernent l'évaluation de la conformité des piluliers, la prescription des antibiotiques. Les résultats des audits et de leur analyse sont communiqués aux professionnels par oral lors des réunions, par affichage interne, et accessibles sur la « GED » ainsi que les comptes rendus. Des actions d'amélioration visant le bon usage des médicaments et la sécurisation du circuit sont mises en œuvre suite à l'analyse des FEI, des dysfonctionnements constatés, des résultats des audits, du CBUM, de la visite de l'ARS.

A / AGIR

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

Les actions sont inscrites dans le PAQSS institutionnel. La communication des actions mises en place est réalisée par le biais des réunions de service, par voie d'affichage dans les unités et sur la GED. Les résultats des actions d'amélioration sont communiqués en interne et en externe via la CRUQ par voie d'affichage et sur le site internet des établissements.

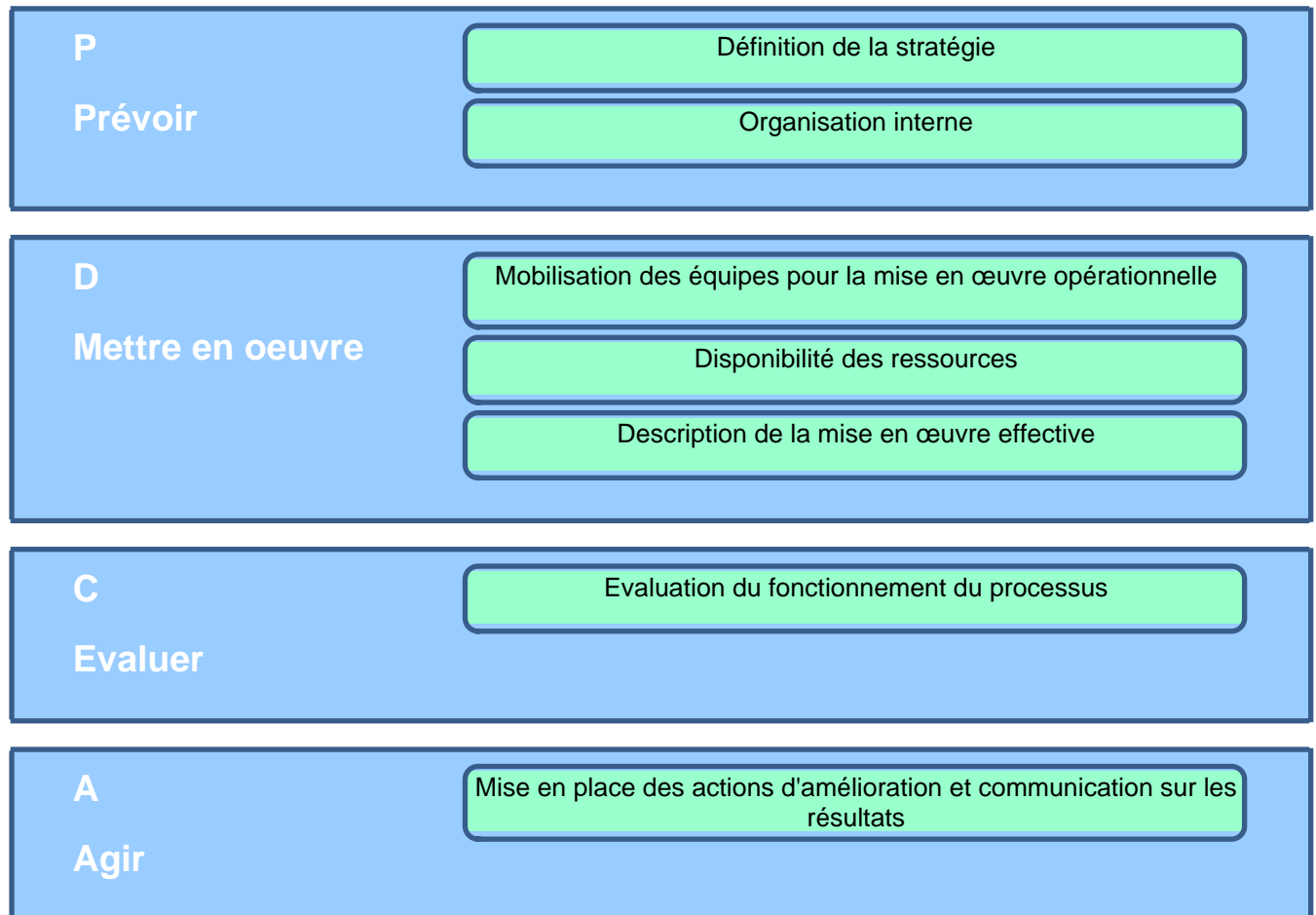
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les centres hospitaliers de Thiers et d'Ambert ont des autorisations de fonctionnement pour des services d'urgence sur les deux sites avec chacun un SMUR. La prise en charge des patients est coordonnée avec les autres établissements autorisés dans le cadre du réseau de santé. Le fonctionnement de deux SMUR permet d'assurer les délais d'intervention conformément aux préconisations nationales. Un service UHCD de 4 lits est installé en continuité du service des urgences des sites. Les deux services des urgences assurent l'accueil des personnes de tout âge se présentant, peuvent réaliser tout ou partie de la prise en charge en filière médecine ou chirurgie et réorienter si besoin. L'arrivée en urgence pour accouchement est directement orientée vers le service d'obstétrique. Les urgences psychiatriques sont assurées et formalisées. Une PASS fonctionne sur les sites.

Chaque service des urgences a défini sa stratégie et ses objectifs, élaborés selon la réglementation en vigueur et sur la base d'une identification des besoins, du contexte et des résultats d'indicateurs nationaux. La cartographie des risques a permis d'identifier les risques prioritaires selon une méthode définie. Le plan d'actions défini, validé par les instances est articulé avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Un groupe de pilotage du processus soins non programmées est organisé avec les responsables de chaque site des urgences. Les rôles et responsabilités des pilotes sont identifiés et formalisés dans une fiche de mission. Au regard des besoins et des risques identifiés, les ressources humaines en compétence sont affectées. Le plan de formation établi pour les médicaux et paramédicaux prévoit la formation des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO). Les locaux sont équipés d'un matériel nécessaire et indispensable à la prise en charge aux urgences. Un véhicule SMUR et un autre de suppléance sont équipés sur chaque site, prêt à partir. Les différents circuits sont définis, les procédures utiles sont rédigées, un guide réflexe est élaboré pour l'IDE en poste IAO. Des postes informatiques sont installés pour le recueil des données et la communication en temps réel des informations entre professionnels. La gestion des interfaces est structurée pour faciliter la concertation entre professionnels et entre secteurs d'activité. Une organisation permet la connaissance des lits disponible de jour comme de nuit. Les divers plans d'organisation en urgence sont établis (plan de secours, plan grippe,...). Les établissements sont impliqués dans la définition du plan blanc et ont défini avec les professionnels les modalités d'accueil et de flux. Des conventions sont établies avec les autres établissements du réseau de soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de risques et des besoins propres à leur secteur des urgences, les pilotes et les responsables d'encadrement ont organisés la déclinaison de la démarche et des objectifs opérationnels au sein de leur service. Les plans d'action sont suivis. Les professionnels sont régulièrement sensibilisés et collaborent activement pour les actions mises en place. Des réunions de service, des staffs permettent de transmettre les avancées des projets. Par ailleurs des membres des services sont intégrés dans le groupe pilotage. Les responsables s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et informent les professionnels de leurs résultats (respect des procédures, des consignes et autres mesures). Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin (dysfonctionnements, baisse des résultats ou indicateurs, etc.).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs professionnels correspondent aux besoins et à l'activité. Les remplacements sont assurés lors d'absence médicale ou paramédicale. Ils garantissent la continuité de la prise en charge des patients chaque jour, y compris la nuit, les week-ends et les jours fériés. L'effectif comprend des médecins urgentistes assurant la sortie en SMUR accompagné d'un aide soignant chauffeur et d'une IADE de l'équipe du bloc opératoire. Les médecins suivent des formations spécifiques et complémentaires à la gestion des urgences. Les formations pour les professionnels à l'accueil et à l'orientation des patients sont en place. Des formations internes sont dispensées aux IDE et aides-soignants. Les nouveaux arrivants sont intégrés et formés. Les procédures et fiches réflexes sont accessibles à tous moment dans la gestion documentaire. Le matériel et les équipements sont adéquats aux besoins du service. Les organisations sont établies en s'adaptant à l'architecture des locaux. Une sonnette à l'entrée permet à toute personne en difficulté ou ayant un handicap de signaler sa présence. La prise en charge est alors effectuée dans un box dédié. Cependant, les locaux ne permettent pas d'organiser les circuits de prise en charge préconisés. Au service des urgences de Thiers, il est constaté un portail d'entrée commun pour les patients debout et couché. Les locaux ne permettent pas d'organiser des modalités d'accueil selon les

populations accueillies (adulte, enfant). Suite à leur admission au service des urgences, tous les patients attendent dans une même pièce quelque soit l'âge et le motif jusqu'à ce que débute la prise en charge médicale. Un plan de restructuration des locaux de l'établissement approuvé par le directeur et l'ARS est en cours de déploiement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les deux services d'urgences (Thiers et Ambert) mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement en tenant compte des catégories de populations, et des différents circuits. La permanence des soins assure une prise en charge à toute heure. L'affichage du tableau de garde et astreinte de tous les professionnels de l'établissement selon la spécialité est vérifié chaque jour et affiché. Les médecins disposent chacun d'un dispositif téléphonique individuel d'appel. La voiture SMUR est prête à sortir à tout moment. Dès la prise en charge de l'urgence la coordination des soins s'effectue en amont et en aval. Le patient est orienté selon le circuit pré-défini. Le médecin urgentiste est en lien avec le centre de référence pour les urgences AVC et coordonne les modalités de la prise en charge (de même pour les urgences thoraciques). Après utilisation du véhicule, celui-ci est reconditionné par l'IADE, prêt à repartir. Une traçabilité de son entretien est en place.

L'arrivée debout ou couchée au service des urgences se fait par le même portail en raison de la configuration des locaux. Un bouton presseur d'appel est installé à l'accueil en cas de besoin pour signaler sa présence (ex : patient fauteuil roulant). L'IDE en poste IAO oriente le patient dans un box afin de recueillir les premiers éléments définissant le niveau d'urgence de prise en charge en toute confidentialité. Puis le patient attend soit en salle d'attente soit est directement installé en box individuel pour sa prise en charge ; ce qui est le plus souvent réalisé à Ambert lorsque se présente un enfant. Un agent administratif présent en journée recueille les données administratives en s'appuyant sur les papiers d'identité. L'IDE pose un bracelet en vérifiant la bonne identité de la personne (nom, prénom, âge). Le médecin réalise l'évaluation clinique, prescrit ou pas de la biologie ou des radiographies. Selon le niveau d'urgence, le médecin urgentiste contacte directement le radiologue pour la réalisation de l'examen souhaité. Les modalités de recours pour un avis de spécialité est fonctionnel au sein des établissements. En cas de besoin, l'avis peut être sollicité dans le cadre du réseau. Les interfaces entre secteurs sont opérationnelles (logistiques, techniques, administratifs, autres secteurs d'activités). Les règles d'hygiène sont appliquées tout au long du parcours, une décontamination du box est réalisée entre chaque passage. Une vigilance est apportée pour la sécurité des biens du patient (vêtements, lunettes, et autres objets). La disponibilité en lit est fournie 3 fois par jour par les cadres des unités, permettant un transfert rapide si hospitalisation. Lors de surveillance en UHCD, les avis de spécialités peuvent être recherchés(ex : gériatre). Le médecin gériatre passe systématiquement tous les jours et est sollicité pour tout accueil de personne âgée. Avant tout transfert vers une unité, un contact téléphonique est établi par l'urgentiste avec le médecin du service. Si sortie définitive, le diagnostic est donné au patient par le médecin qui lui remet tous les documents de sortie dont un courrier provisoire et si besoin un rendez vous de consultation. L'IDE s'assure de la bonne compréhension du patient sur les précautions éventuelles à prendre et organise le départ du patient. L'assistante sociale est appelée pour toute situation au contexte social fragile rendant difficile l'autonomie au domicile. Un courrier de sortie sera adressé au médecin traitant dans le délai de 8 jours. L'outil informatique permet la traçabilité à toutes les étapes de prise en charge et la continuité des soins dans les unités.

Les entrées pour unité de psychiatrie se font par passage au service des urgences. Cette organisation permet de réaliser l'examen somatique à l'admission. Puis le patient est orienté vers l'unité requise. Le service dispose d'un numéro direct vers la gendarmerie pour alerter lors de situations violentes avec le public. Tout évènement indésirable fait l'objet d'une déclaration et donne lieu à une analyse. Les plaintes éventuelles sont centralisées au niveau de la direction. Les professionnels réalisent des réunions d'analyse des évènements sous forme de CREX ou de RMM. Les observations réalisées lors du patient traceur confirment les éléments recueillis au cours de l'audit du processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les pilotes assurent le suivi de la qualité et de l'efficacité du processus de prise en charge aux urgences. Les évaluations portent sur l'activité (nombre de passages, profil des patients, âge, filière de prise en charge, nombre et lieu d'hospitalisation,...), sur le délai moyen du temps d'attente (moyenne calculée de 2h pour les deux services), sur les différents temps de prise en charge. Les services analysent également, chaque début de mois, les afflux par tranche horaire et selon les jours. Des tableaux de bord reprenant ces indicateurs sont disponibles et font l'objet de rapport annuel d'activité. Le SMUR suit des indicateurs d'activités, des indicateurs de structure (nombre d'appel, les orientations...) et de performance (délai d'arrivée sur site,...). Les réunions hebdomadaires et la proximité d'exercice permettent de développer une réactivité à l'analyse des situations et aux réponses à apporter. Plusieurs évaluations de pratiques professionnelles (EPP) sont menées : les modalités d'utilisation du MEOPA pour la douleur, la satisfaction du patient sur différents temps de sa prise en charge, la douleur thoracique (avec ECG qualifiant)..

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. Leur efficacité est évaluée et permet le réajustement des objectifs. La communication des résultats est réalisée en interne auprès des professionnels. Une communication est faite à la COGERIS qui retransmet à la CRUQ (ex : satisfaction du public accueilli). Les professionnels des deux établissements débutent la mise en commun sur les outils d'analyse, notamment sur le dispositif d'évaluation et suivi des temps d'attente et de passage selon le degré d'urgence.

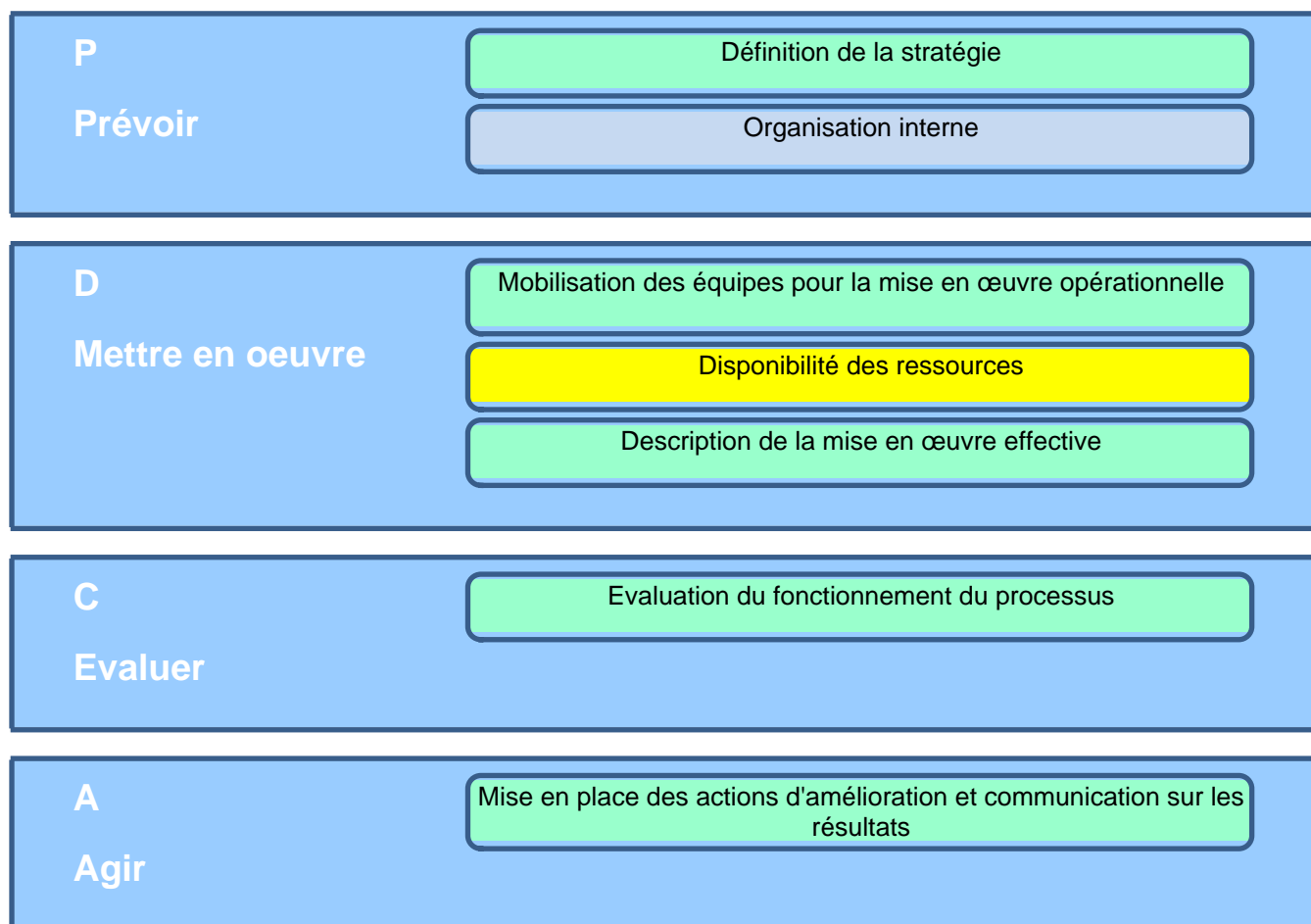
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini

Fonctionnement de base

Défini

Maitrisé

Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'activité du bloc opératoire (BO) du CH de Thiers est pluridisciplinaire et répond aux besoins de la population locale en assurant une activité programmée (y compris ambulatoire) et d'urgence 24h sur 24 toute l'année ; le BO comporte deux salles d'intervention et une salle d'examen endoscopique, ainsi qu'une SSPI de 5 places. Celle du CH d'Ambert est constituée uniquement de gestes ambulatoires, deux jours par semaine, par la même équipe anesthésique et chirurgicale, sur une seule salle d'intervention, en plus de la salle d'endoscopie, à proximité immédiate de la SSPI ; les interventions d'urgence des patients d'Ambert sont réalisées sur le site de Thiers. Les deux sites possèdent chacun une unité d'HDJ médico-chirurgicale pour la prise en charge des patients de chirurgie ambulatoire.

La politique de management de la qualité et de la sécurité est commune au niveau des blocs opératoires des CH de Thiers et Ambert.

L'identification des besoins et l'analyse des risques résultent de l'élaboration d'une cartographie avec les professionnels du BO, de la SSPI et du service d'HDJ médico-chirurgicale. Les risques sont hiérarchisés et inscrits au CQ sur des thématiques (organisation, matériel, personnel et communication). Les objectifs d'amélioration sont précisés en rapport avec les risques identifiés dont certains ont abouti (renouvellement du matériel sur Thiers, amélioration de la PEC anesthésique sur Ambert), sont en cours (formation des nouveaux arrivants au BO sur Thiers) ou sont à venir avec un échéancier (renouvellement du matériel sur Ambert). Le plan d'action est suivi par les responsables de chaque bloc, en collaboration avec le responsable qualité et la direction. La mise en œuvre des politiques d'amélioration est articulée au PAQSS de l'établissement au sein des différentes thématiques, sans qu'un onglet spécifique « BO » ne les regroupe.

ORGANISATION INTERNE

Les pilotes sont définis pour chaque établissement : un coordinateur chirurgical commun et la cadre de bloc de chaque site qui régule les activités du BO. Le conseil de bloc existe pour chaque hôpital (missions et organisation définies et formalisées) : 2 réunions par an pour Thiers, avec possibilité de conseils restreints selon les besoins ; 1 réunion par an pour Ambert. La charte de fonctionnement du BO existe pour chaque site et est validée par le conseil de bloc ; elle précise les modalités d'élaboration et de régulation des programmes opératoires et le fonctionnement des circuits de prise en charge, dont l'ambulatoire, l'endoscopie et les urgences. Les ressources humaines des deux sites sont en nombre et niveau de compétence (existence de fiches de poste) adaptés aux besoins de l'activité du BO/SSPI et de l'HDJ (activité ambulatoire). Il existe un dispositif structuré de gestion documentaire disponible (informatique) intégrant les procédures liées notamment aux processus interventionnels au BO, en SSPI et en unité d'HDJ (continuité des soins pendant et en dehors des heures d'ouverture de l'unité d'HDJ...) ; la coopération entre les deux sites pour la rédaction et la mise à jour des procédures est effective. La présence de classeurs pour support papier en double sur le BO de Thiers compense le plus faible nombre de postes informatiques. Le BO/SSPI des deux sites ne sont pas informatisés concernant le dossier anesthésique, mais l'accès aux informations (DP, GED) est possible à tout moment de la prise en charge. La coordination et la mobilisation de toutes les compétences autour du processus de prise en charge du patient au BO est assurée : programme partagé entre la consultation et la programmation, réunion hebdomadaire de pré-programmation par service de chirurgie, consultations délocalisées de chirurgie et d'anesthésie des patients hospitalisés sur Ambert et opérés secondairement sur Thiers, dépôt de sang existant sur les deux sites et gérés par l'équipe d'anesthésie pour assurer l'urgence et la transfusion programmée, stérilisation intégrée au BO de Thiers et assurant les besoins des deux. Il existe une EOH commune aux deux sites pour la prévention du risque infectieux et la surveillance des infections liées aux soins.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable du bloc opératoire de chaque site organise la déclinaison de la démarche en objectifs et plans d'actions, avec la participation des professionnels de terrain ; avec la responsable de l'HDJ pour l'activité de chirurgie ambulatoire, elles s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. La communication se fait sous forme de réunions informelles, d'affichage et au cours des comités de bloc. Des actions correctives sont mises en place à partir d'évaluations régulières (audit sur la check List tous les deux ans, analyse d'indicateurs (tenue du dossier d'anesthésie). Les équipes du bloc et de l'HDJ participent aux démarches EPP (préparation cutanée de l'opéré sur Thiers), aux RMM et à la déclaration des FEI.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences et effectifs des professionnels sont disponibles dans chacun des secteurs du BO/SSPI et unité d'HDJ. La continuité de la prise en charge du patient est assurée, y compris en cas d'urgence, la nuit et le week-end et les jours fériés sur Thiers. Le recours à l'intérim médical et soignant est faible et les nouveaux arrivants sont formés. Le personnel de SSPI est composé d'IADES sur Thiers, d'IADES et d'IDE des urgences sur Ambert. Les professionnels bénéficient de formations adaptées à leur emploi. Un technicien biomédical pour les deux sites assure la gestion des pannes et l'entretien du matériel du BO et de la SSPI. Le contrôle des gaz médicaux est organisé par une commission des fluides, au sein du comité du médicament. Dans les blocs et en HDJ, les procédures et autres documents sont disponibles, accessibles partout avec un double support informatique et papier, et à jour. Le programme opératoire est accessible, lisible et son lieu d'affichage respecte la confidentialité des données. Concernant les locaux, il existe 2 salles (dont une reste disponible pour la césarienne en urgence) et une salle d'examen dédiée à l'endoscopie pour Thiers, avec projet de réaménagement pour 2018 ; 1 salle d'endoscopie et une salle pour la chirurgie ambulatoire pour Ambert. Le renouvellement du matériel est en cours sur Thiers et en attente sur Ambert. Les locaux et le matériel disponibles sont adaptés aux besoins, contrôlés et entretenus. L'organisation permet un bio nettoyage adapté. Toutefois, l'organisation des locaux du BO ne permet pas d'assurer l'asepsie progressive. En effet, les vestiaires du BO de Thiers et Ambert ne présentent pas de séparation interne, ce qui conduit à des croisements du propre et du sale concernant les personnels et les tenues de bloc. Un projet de modification a été présenté sur le site d'Ambert durant la visite et doit être expérimenté.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La sécurité au BO/SSPI et en HDJ pour le patient est effective sur les deux sites ; les check lists (HAS, ouverture de salle, anesthésie, chirurgie ambulatoire...) sont utilisées par l'ensemble des professionnels et leur traçabilité est assurée. Les circuits patients, matériel et déchets sont respectés, et le risque ATNC est pris en compte et tracé. Les interfaces entre le BO et les services cliniques, logistiques, techniques et administratifs sont opérationnelles. Le BO est en cours d'informatisation mais les prescriptions de sortie de SSPI sont incluses dans le dossier informatisé du patient. La traçabilité des DMI est assurée sur mode papier. La prévention du risque professionnel est réelle (radio, chimique, AES) et le climat relationnel au niveau du BO favorise la communication entre les professionnels. La validation du programme par un staff hebdomadaire tripartite est effective avec participation des médecins. Concernant l'activité de chirurgie ambulatoire, la continuité des soins est assurée dans l'unité d'HDJ pendant les heures d'ouverture, et en dehors grâce aux procédures d'appel J-1 et J+1, qui sont tracées dans le dossier patient. La sortie d'HDJ est validée et signée par le médecin référent du patient, et les consignes à suivre sont remises au patient avant son retour à domicile.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe une évaluation régulière de l'activité du processus : 5 patients traceurs ont été réalisés au BO de Thiers ; plusieurs Audits internes (document « Fiche de liaison service-BO », Check List au BO et en endoscopie tous les deux ans) ont été réalisés ; le suivi des indicateurs de qualité sur le dossier d'anesthésie fait l'objet d'une analyse périodique. Des enquêtes de satisfaction en HDJ pour les prises en charge ambulatoire sont réalisées. Le recueil et l'analyse des FEI sont effectifs (47 en 2016 pour le BO et l'anesthésie).

A / AGIR

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

Les actions d'améliorations effectuées sont intégrées et articulées avec le programme d'action institutionnel. Sur Ambert, les indicateurs qualité du dossier d'anesthésie à améliorer (lisibilité de l'écriture et mention de l'évaluation du risque anesthésique) ont été présentés en conseil de bloc. La communication des résultats et actions aux professionnels concernés (réunions informelles, affichage, cahier de transmission, conseil de bloc, 2 réunions de service du BO par an) est effective ; la participation des différentes équipes (BO et HDJ) aux RMM, CREX (décès au BO, prélèvement d'air non conforme sur Thiers) est réelle.

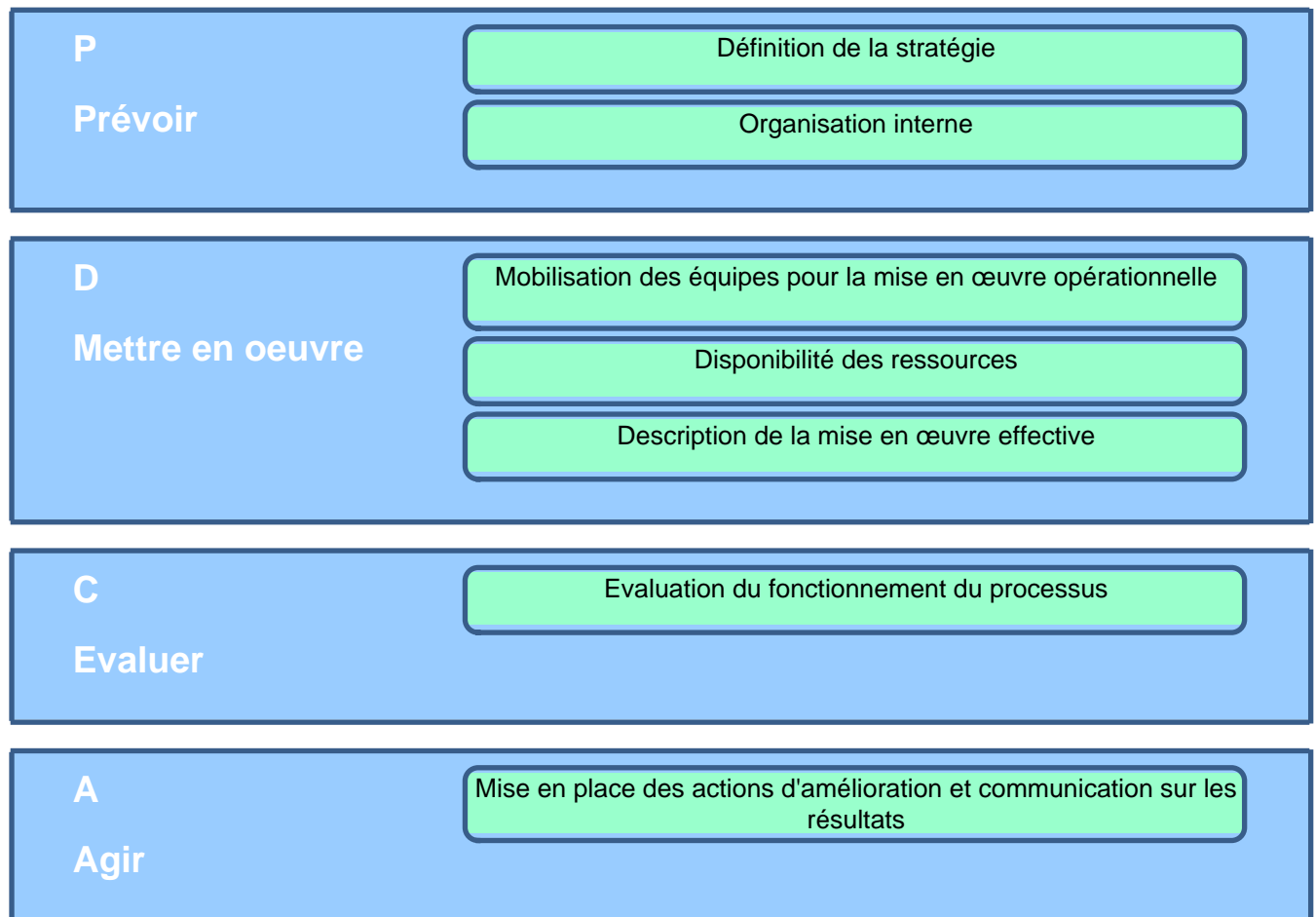
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

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

L'activité d'endoscopie digestive est réalisée pour chaque site dans une salle dédiée au bloc opératoire ; concernant l'endoscopie urologique sur Thiers, elle se pratique en consultation externe.

L'analyse des risques a été réalisée sous la forme d'une cartographie propre à chaque site avec participation des professionnels concernés.

Les risques prioritaires identifiés, en particulier la vétusté du matériel, sont intégrés au compte qualité et font l'objet d'un plan d'action et de suivi par thématique : organisation, personnel, infectieux et matériel. Le plan d'action a été présenté au conseil de bloc de chaque site ; il est intégré au programme d'action qualité de l'établissement à travers les différentes thématiques, sans identification spécifique de l'activité.

ORGANISATION INTERNE

La responsable paramédicale du bloc opératoire de chaque site est également responsable de l'activité d'endoscopie ; elle est en charge du pilotage du processus, en collaboration avec un médecin gastroentérologue (praticien hospitalier sur Thiers et du secteur libéral sur Ambert), et de la régulation du programme au sein du bloc. La responsable paramédicale des consultations externes est en charge de l'organisation de l'activité et de l'entretien des endoscopes pour l'endoscopie urologique. L'activité d'endoscopie est intégrée à la charte du bloc opératoire et le médecin gastroentérologue référent siège au conseil de bloc. Sur chaque site, les ressources humaines en nombre et compétence sont adaptées à l'activité d'endoscopie (deux jours par semaine sur Ambert et cinq jours sur sept sur Thiers) ; des fiches de poste ont été réalisées et des plans de formation existent pour le renouvellement des personnels. Les procédures et protocoles réactualisés sont mis à disposition des professionnels via le logiciel de gestion documentaire informatisé. Les interfaces avec les services cliniques (SSPI, unité d'HDJ) et médico-techniques sont effectives ; l'équipe opérationnelle d'hygiène est commune aux deux sites avec une infirmière dédiée par site et rédaction commune des procédures d'entretien, et de surveillance du risque infectieux, en relation avec le CLIN.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La responsable du bloc et de l'endoscopie de chaque site, en fonction des risques et des besoins, organise la démarche d'amélioration en lien avec les orientations de l'établissement. La mobilisation des équipes est opérationnelle grâce à une communication de terrain, l'organisation de RMM communes et l'analyse des déclarations d'EI (vétusté des matériels); la collaboration avec l'infirmière hygiéniste participe aux actions d'amélioration (non conformité des prélèvements bactériologiques).

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources humaines sont adaptées à l'activité d'endoscopie et conformes aux exigences de l'activité ; les professionnels sont formés ; les procédures et fiches pratiques sont à disposition sous forme papier et via la gestion documentaire informatisée. Chaque site de réalisation d'endoscopie possède son propre lieu de nettoyage-désinfection et stockage des endoscopes. Le renouvellement des endoscopes et du matériel de nettoyage de désinfection a été réalisé sur Thiers et est programmé sur Ambert (plan d'investissement sur 2017-2018). Les locaux et équipements sont adaptés et opérationnels ; les endoscopes sont nettoyés, décontaminés, désinfectés selon les procédures définies par l'établissement et conformes aux bonnes pratiques. Le matériel de protection du personnel est disponible et opérationnel.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La responsable du bloc met en œuvre l'organisation pour le fonctionnement interne de l'activité. Le risque infectieux est maîtrisé en lien avec l'EOH : les contrôles microbiologiques réguliers des endoscopes sont réalisés et tracés ; les mesures de protection vis-à-vis du risque chimique sont mises en œuvre (masques adaptés, tablier de protection, affiche d'information...) ; les mesures de séquestration de matériel en cas de suspicion de contamination par ATNC sont connues et écrites. La prise en charge du patient d'endoscopie est effective aux différentes étapes : le patient est informé du bénéfice-risque, des consignes à suivre pour la préparation du geste et son consentement éclairé est recueilli, signé et tracé. Il bénéficie de la prise en charge effective des patients du bloc opératoire/SSPI et le cas échéant de l'unité d'HDJ en cas d'acte ambulatoire. Les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge sont tracées et transmises à chaque étape. La check list HAS est mise en place et tracée. Le statut du patient vis-à-vis du risque ATNC est évalué et tracé. La permanence des soins est assurée pendant et après l'activité d'endoscopie sur les deux sites.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Un suivi périodique des contrôles microbiologiques des endoscopes et des bacs de désinfection est réalisé avec harmonisation des rythmes de prélèvements sur les deux sites. Un audit sur le traitement des endoscopes est en cours. Un questionnaire de satisfaction en endoscopie ambulatoire est remis au patient à sa sortie en HDJ sur le site d'Ambert.

A / AGIR

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

Plusieurs actions d'amélioration en lien avec le compte qualité sont effectives : chaque endoscope possède un carnet de vie où est noté l'ensemble des prélèvements microbiologiques et le taux de conformité ; l'appel à J+1 a été systématisé pour les patients ambulatoires. Le recueil et l'analyse des événements indésirables font l'objet d'un retour d'expérience auprès des personnels concernés. La communication des résultats est réalisée en interne (réunions informelles, RMM communes), comme en externe auprès des professionnels et des usagers via la CDU.

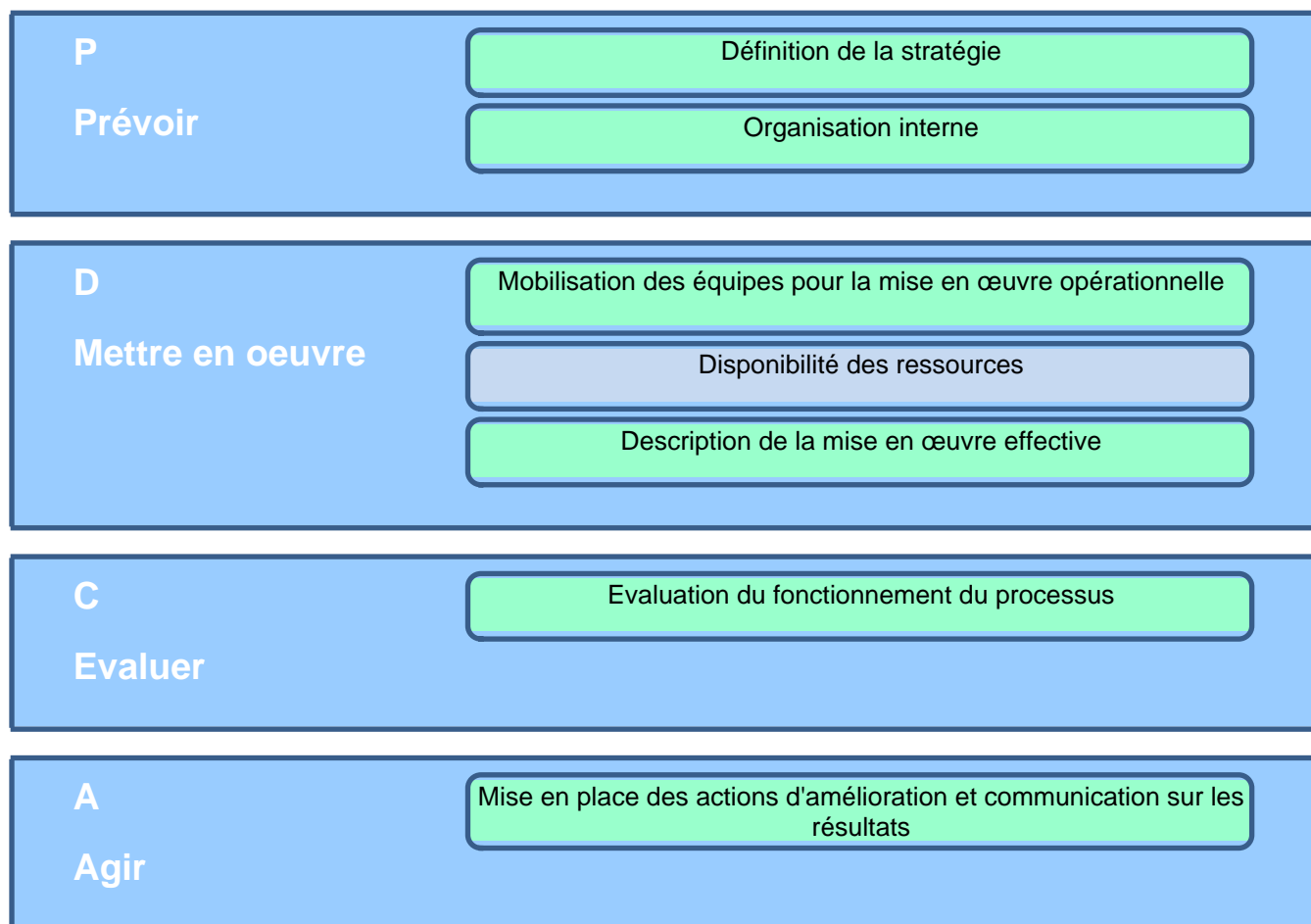
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE

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



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

La prise en charge des naissances est structurée sur les deux sites (Thiers et Ambert) et fonctionne en totale complémentarité avec un pilotage commun. Un centre de péri natalité est installé à Ambert. L'activité naissance, maternité niveau I est positionnée à Thiers. La stratégie de fonctionnement correspond aux axes définis dans les CPOM respectifs (p.4) et le projet d'établissement commun (P7). Sur les 2 sites des liens permettent un suivi gynécologie /obstétrique. Ambert dispose d'une unité de consultation et l'accès à l'hôpital de jour. Thiers dispose d'un secteur salle de naissance avec accès au bloc opératoire, d'un secteur de 16 lits, d'une unité affectée à l'alimentation des nouveaux nés et d'un studio d'hébergement en attente de travail.

Les besoins spécifiques ont été identifiés au regard des missions et des orientations stratégiques régionales. Le service des naissances s'est appuyé sur plusieurs sources de données pour identifier et analyser les risques : résultats de certifications antérieures, indicateurs nationaux (IPAQSS, taux de césariennes) et audits internes. Les objectifs sont élaborés sur la base d'une identification des besoins et du contexte propres au réseau de périnatalité. La cartographie des risques spécifiques à la gynéco-obstétrique a été réalisée pour les 2 sites, en incluant tous les professionnels. Les risques ont été hiérarchisés selon une méthode validée par la HAS (gravité, fréquence), et 5 risques prioritaires ont été dégagés. Le programme d'actions élaboré s'articule avec le compte qualité.

ORGANISATION INTERNE

Les centres hospitaliers Thiers et Ambert ont un pilotage commun pour le processus salle de naissance. La fiche de mission du pilote est établie. Les responsables médicaux et paramédicaux sont connus. Au regard des besoins et risques identifiés, l'établissement prévoit les ressources humaines (compétence, effectif, formation, etc.). Les équipes sont composées de médecins (gynécologue, obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) et de sages femmes. L'organisation prévoit une prise en charge 24H sur 24. Un manuel qualité est rédigé et la charte de fonctionnement est établie. Les services sont dotés du matériel nécessaire pour équiper les salles de travail pré accouchement et d'accouchement (échographe, plateau technique). La documentaire informatique comprend les procédures, les protocoles nécessaires (ex : conduite à tenir en cas d'hémorragie de la délivrance, procédure relative à la réanimation du nouveau né en salle de naissance, appel en urgence césarienne code rouge). Le dossier informatisé du réseau région de périnatalité Auvergne est en place (ICOS). La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et entre les secteurs d'activité (services administratifs, hospitalisation et réseau de périnatalité). La coordination de la prise en charge de la femme enceinte et de l'accouchement est organisée dès le début de sa prise en charge. Les collaborations inter-établissements sont formalisées.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Compte tenu de ses risques et besoins, le responsable du secteur de la salle de naissance organise la déclinaison de la démarche institutionnelle, en objectifs et plans d'action opérationnels. Un travail d'anticipation du taux d'activité est mené afin de prévoir les effectifs tout en étant en mesure de répondre aux imprévus et la prise en charge d'accouchement inopiné. Les responsables du secteur d'activité sensibilisent les professionnels sur les risques identifiés et s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues. A cet effet, des actions de communications sont faites lors de staffs et de réunions diverses au cours desquels la synthèse de l'activité est présentée. Une analyse particulière des événements marquants y est réalisée. Des actions correctives sont identifiées. Les actions sont notées dans les dossiers des parturientes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences sont effectives et formées à la spécificité de la prise en charge (préparation à la naissance, accouchement). Des formations, comme la prise en compte de la douleur à l'accouchement et les soins chez le nouveau-né sont suivies par les professionnels du service maternité. (DU gynécologie, PEC active verbale et toucher, acuponcture,...). En interne, les médecins réalisent des ateliers de simulation en lien avec les manœuvres obstétricales ou la réanimation du nouveau né. Les collaborations sont organisées au sein de convention afin d'assurer l'orientation pendant la grossesse et les transferts en urgence en cas de besoin. Les professionnels s'appuient sur la documentation disponible. Les locaux sont équipés des outils adéquats (échographe, couveuse, matériel de gazométrie, pousse seringue, chariot d'urgence, sonnette appel rouge en salle,..). La maintenance est organisée et suivie. Les contrôles de matériel, d'entretien et de contrôle divers sont tracés. Pour la phase de pré travail

à l'accouchement, les salles sont dotées d'un outil "nature" et peuvent mettre à disposition une baignoire lors du travail de pré accouchement. Les salles de travail sont dotées de couveuses chauffées et des outils utiles à la prise en charge de la parturiente et du nouveau né. Le bloc obstétrical, dédié aux césariennes, est sur la continuité du service, avec un accès direct.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les services des deux sites mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes. Les activités sont régulées pour la prise en charge de la femme à tout âge, de la femme enceinte puis tout au long de la grossesse. Une sage femme suit systématiquement les patientes du début à la fin de grossesse, anticipant les modalités de prise en charge. Une sage femme libérale peut poursuivre son accompagnement en salle d'accouchement avec la parturiente et réaliser le "one to one". La consultation d'anesthésie est systématique au 9^e mois quel que soit le choix de la parturiente (péridurale ou non). La coordination obstétricien et sage femme est opérationnel, vers le bien être de la maman et du futur nouveau né. La préparation à l'accouchement peut se réaliser avec une sage femme, par petits groupes, à la piscine d'Ambert. La continuité obstétricale, anesthésique, chirurgicale et pédiatrique est opérationnelle. La liste de garde et d'astreinte est établie et affichée sur les sites, avec les coordonnées des professionnels à contacter 24h sur 24. Les dossiers des grossesses en cours sont archivés dans un local mitoyen aux salles de travail, favorisant ainsi la continuité de la prise en charge lors de l'admission. La vérification de l'ensemble du matériel présent et fonctionnel dans chaque salle d'accouchement est réalisée par les sages femmes, pour chaque entrée de parturiente. En salle de travail, le père ou un parent peut accompagner. La douleur est prise en compte selon les volontés de la future mère, la mesure EVA est prise à plusieurs reprises. A l'arrivée de l'enfant, la mise peau à peau est réalisée. Les premiers soins sont donnés. Une couveuse est chauffée en cas de besoin. Après le temps de la délivrance et de repos, la maman est conduite dans sa chambre. L'enfant est installé dans son petit lit. Le protocole d'identification est appliqué, le bébé est porteur d'un bracelet au poignet et d'un autre à la cheville. La volonté des femmes accouchant dans le secret est respectée. Les parents sont associés à la prise en charge de leur enfant. Lors du séjour, la maman et l'enfant sont dans la même chambre. Une nurserie sécurisée est à disposition si la maman souhaite du repos. Les salles de travail sont équipées de deux chariots d'urgence (adulte et petit enfant). Le hamac "nature" reste le choix de la parturiente. De même la baignoire peut être utilisée en pré travail. Les interfaces entre les secteurs sont opérationnelles (services hospitalisations, administratifs et logistiques). Il existe une collaboration forte entre les professionnels de l'établissement et le réseau externe de périnatalité. La traçabilité des actions réalisées est assurée sur le dossier papier de la patiente, un dossier est créé pour l'enfant. Tous les éléments de surveillance, de thérapeutiques, de tracés sont notés et archivés dans le dossier. Le registre des accouchements et des naissances est tenu à jour. Le compte rendu d'accouchement répond aux bonnes pratiques ainsi que les comptes rendus de césariennes. Les tracés de rythme cardio fœtal sont archivés. Les documents utiles sont remis au père pour réaliser la déclaration de naissance en mairie. Des supports d'information sont remis tout au long du parcours aux patientes, aux parturientes et aux accouchées (ex : conseils hygiéno-diététique, allaitement, contraception,...). Les équipes se réunissent chaque semaine en staff pluri professionnels. Ils abordent les dossiers en cours et se concertent sur les dossiers éligibles à l'accouchement et sur les préconisations à prendre selon la situation. Les professionnels déclarent les événements indésirables constatés. Les médecins déclarent les événements porteurs de risques. Les observations réalisées lors du patient traceur confirment les éléments recueillis au cours de l'audit du processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le secteur des naissances dispose de tableaux de bord et d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs de suivi (nombre de naissance, taux de péridurale, taux de césarienne, épisiotomie,.....). Le taux de césarienne (17,24% en 2016) est le plus bas de la région. L'établissement suit des indicateurs de spécialités comme l'hémorragie post partum, le délai de prise en charge d'une urgence annoncée. Le risque infectieux est surveillé : suivi des infections oculaires, des infections du cordon et streptocoque B, infection chez la maman (suite à l'épisiotomie). Des réunions de morbi-mortalité sont réalisées plusieurs fois par an. L'analyse des fiches de signalement d'événements indésirables donnent lieu à des CREX (35 enregistrements significatifs en 2016). Une EPP porte sur une étude de la césarienne avec des codes couleur.

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 du service. Celles-ci ont permis une réelle amélioration dans la prise en charge : accueil, douleur,

surveillance risque hémorragique du post partum, éducation à la naissance. L'organisation mise en place a permis d'optimiser la prise en charge rapide des nouveaux-nés. Les professionnels développent de compétences vers l'hypnose, la mésothérapie et méthodes douces de prise en charge. Des supports et modalités de diffusion des résultats sont établis. La communication des résultats est réalisée en interne, auprès des professionnels, des instances et des usagers. Des communications sont également effectuées lors de colloques ou au sein du réseau de périnatalité d'Auvergne. Le chef de service participe également à des travaux de recherche universitaire et publie des articles. Le service a développé une application smartphone (RSPA) permettant de se préparer à l'accouchement. Le service a pour projet de développer la charte des amis de bébé.