

RAPPORT DE CERTIFICATION CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE

Le pouget
Bp 139
24200 Sarlat La Caneda
MARS 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 DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	12
GESTION DU RISQUE INFECTIEUX	16
DROITS DES PATIENTS	19
PARCOURS DU PATIENT	23
DOSSIER PATIENT	28
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	32
PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS	35
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE	38
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE	42
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN SALLE DE NAISSANCE	45
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	49

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 : *Sigle AP*

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.

Elément d'investigation obligatoire

Elément-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 *Sigle P/D/C/A*

Sigle représentant la Roue de Deming ou le cycle d'amélioration continue de la qualité :

- 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 : *Sigle PT*

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 :

- Point sensible :
 - 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).
- Non-conformité :
 - O Ecart entraînant un risque direct pour le patient ou les professionnels
 - o Ou, écart indiquant une rupture du système.
- Non-conformité majeure :
 - 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 JEAN LECLAIRE	
Adresse	Le pouget 24200 Sarlat La Caneda
Département / région	DORDOGNE / POITOU-CHARENTES-LIMOUSIN-AQUITAINE
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	GCS957	GCS BLANCHISSERIE INTERHOSPITALIERE PERIGUEUX-RIBERAC- SARLAT	Ch de perigueux 80 avenue georges pompidou 24019 PERIGUEUX
Entité juridique	240000448	CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE	Le pouget Bp 139 24204 Sarlat-La- Caneda
Etablissement de santé	240008557	SERVICE DE LONG SEJOUR DU CENTRE HOSPITALIER DE SARLAT	Le pouget Bp 139 24200 Sarlat-La- Caneda
Etablissement de santé	240000687	CENTRE HOSPITALIER JEAN LECLAIRE	Le pouget Bp 139 24200 Sarlat La Caneda

Activités					
Type de prise en charge	Activités	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places d'hospitalisation partielle	Nombre de places de chirurgie ambulatoire	Nombre de journées d'HAD
HAD	HAD	/	/	/	/
MCO	Chirurgie	6	/	5	/
MCO	Gyneco- Obstétrique	15	/	/	/
MCO	Médecine	75	/	/	2827
Santé mentale	Psychiatrie générale	30	14	/	/
SLD	SLD	40	/	/	/
SSR	SSR	30	/	/	/

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

Réorganisation de l'offre de soins :

Coopération avec d'autres établissements :

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 obligation d'amélioration (C).

2. Avis prononcés sur les thématiques

Obligations d'amélioration

Management de la prise en charge du patient au bloc opératoire
Management de la prise en charge du patient en salle de naissance

Recommandations d'amélioration

Gestion du risque infectieux
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
Management de la prise en charge du patient en endoscopie

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

L'établissement transmettra à la Haute Autorité de santé un compte qualité supplémentaire dans un délai de 6 mois, indiquant les actions correctives conduites sur l'ensemble de ses obligations d'amélioration. Au terme de l'analyse de ce compte qualité supplémentaire, la HAS peut décider la certification de l'établissement éventuellement assorties de recommandations d'amélioration ou d'organiser une visite de suivi sur les obligations d'amélioration définies dans le rapport de certification.

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques

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

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

PT	Population	Secteurs d'activité / services	Pathologie	Mode d'entrée	Type de parcours	PEC
1	Adulte	médecine	A définir	urgences	complexe	MCO
2	Adulte	Chirurgie hospitalisation complète	A définir	programmé	Simple	MCO
3	Adulte	Chirurgie ambulatoire	A définir	Programmé	Simple	MCO
4	Adulte	obstétrique	Accouchement	Programmé	Simple	MCO
5	Adulte	SSR	A définir	Programmé	Simple	SSR
6	Adulte	SLD	A définir	Programmé	Simple	SLD
7	Adulte	Hospitalisation complète / partielle	A définir	Programmé	Simple	Santé mentale
8	Adulte	HAD	A définir	programmé	simple	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P Prévoir	Définition de la stratégie
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; **Défini** ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a identifié ses besoins en prenant pour base la spécificité de ses prises en charge sanitaires ainsi que les résultats de la certification V2010 dont la visite de suivi qui est intervenue en 2014.

L'établissement a mis en place une politique de management de la qualité et des risques, instituée comme élément de son management stratégique, déclinée dans les documents institutionnels (Projet d'établissement et projet de soins 2014-2019). Le PE dispose ainsi d'un « projet qualité, environnement, gestion des risques et vigilances ». Il en est de même du CPOM 2012-2017 (Volet n°3 « Améliorer la qualité et la sécurité des soins »). Cette politique est validée par le conseil de surveillance après passage devant toutes les instances de l'établissement (CME, CTE, CHSCT, Cru, CSIRMT).

Ces travaux ont permis de promouvoir le développement d'une culture qualité et gestion des risques institutionnelle.

Celle-ci s'est accompagnée, depuis 2015, d'une stratégie nouvelle en termes de politique qualité. Une cartographie des risques a été finalisée, permettant le renouvellement et l'actualisation du PAQSS approuvé par les instances. Le Compte qualité en est aujourd'hui issu. Ce programme institutionnel a mobilisé les résultats de la V2010, les indicateurs nationaux, les audits internes de groupes de travail spécifiques, les résultats des CREX. Il présente des axes de progrès et définit des actions d'amélioration prioritaires selon une chronologie définie.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour piloter le processus qui s'identifie à un organigramme architecturé autour de la Direction déléguée de l'établissement, de la direction des soins et de la Direction Usagers, Risques et Qualité du CH de Périgueux. Celle-ci assure la coordination de cette politique. Une Responsable Qualité et Gestion des risques est présente sur site depuis 2008. Deux coordonnateurs, paramédical et médical, ont en charge la gestion des risques liés aux soins. Depuis 2016, un COPIL spécifique (« qualité, environnement, gestion des risques et vigilances ») assure le rôle stratégique de cette politique : identification des actions prioritaires, définition des objectifs à atteindre, validation des travaux menés. Il est composé de la directrice déléguée et de la directrice des soins de l'établissement, des président et vice-président de la CME, de la directrice en

charge de la politique qualité du CH de Périgueux, de cadres de santé, du coordonnateur paramédical de la gestion des risques liés aux soins et de la RAQ. Il se réunit une fois par mois.

L'échelon opérationnel de cette politique est constitué d'une cellule qualité gestion des risques, d'une équipe gestion des risques et vigilances, d'une équipe opérationnelle développement durable, de référents qualité et sécurité des soins.

Les référents qualité et sécurité des soins sont présents au sein de chaque service.

La CME a désigné les correspondants des vigilances sanitaires

Le COPIL fait fonction de COVIRIS.

Une gestion documentaire dématérialisée rend accessible aux professionnels de l'établissement les procédures et protocoles. Le signalement et le traitement des événements indésirables, avec retour de suivi vers les professionnels signalant, est également possible par ce mode. Une documentation papier reste présente dans les services.

Des actions de formation sont planifiées et suivies annuellement : pour ce faire l'établissement s'appuie essentiellement sur des ressources internes (Direction de la qualité et RAQ). Le plan de formation non médical dispose d'actions précises se rattachant à la promotion de la qualité.

Les nouveaux arrivants reçoivent un document d'accueil qui pose les principes d'une politique qualité (sur la nécessité de déclaration des EI en particulier) et font l'objet d'un tutorat dans leurs services d'affectation.

La gestion des situations de crise est organisée (plans canicule, grands froids). Le plan Blanc, actualisé, est présent.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'établissement s'est mobilisé sur plusieurs axes prioritaires, par processus, qui constituent un programme d'actions

(111 recensées et développées) opérationnel (PAQSS 2015/2020). L'élaboration de son Compte qualité, conformément à la méthodologie V2014, s'est inscrite dans ce cadre.

Le PAQSS et les actions prioritaires qui en découlent ont fait l'objet d'une diffusion auprès des personnels. Les cadres de santé ont participé à des réunions d'information et de sensibilisation avec les pilotes de processus. De leur côté, ils sensibilisent et informent les équipes de soins.

Pour les risques de thématiques transversales, entrant dans le champ de la V2014, des référents de service ont été nommés. Ces personnes -ressources (référents douleur, bientraitance...) constituent des relais de communication ascendante et descendante pour les services. Ces référents veillent à la mise en œuvre et à l'application des nouvelles procédures et recommandations. L'ensemble de cette politique et des informations qui s'y attachent font l'objet d'une communication via un support papier dédié de large diffusion interne ainsi que par le journal mensuel d'information (« Synergie »). Des fiches de poste les concernant existent.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'établissement s'est donné les moyens humains et les compétences pour mener à bien sa politique qualité notamment par le recrutement d'une RAQ (1ETP) présente dans l'établissement depuis 2008.

Des référents qualité sont présents dans les services (Psychiatrie, gériatrie, court séjour). 8 référents qualité sécurité ont été nommés dans les services suivants : urgences, médecine / cardiologie, maternité, Court Séjour Gériatrique, Bloc opératoire, SSR/SLD, psychiatrie et HAD.

L'établissement met en place des actions de formation propres à la promotion de la politique qualité et à l'effectivité de son appropriation par les professionnels. Elles ont porté sur la méthodologie V2014 (patient traceur et audits de processus).

Des actions sont également organisées et menées, en interne, par des professionnels de l'établissement (notamment par la RAQ). Elles ont porté notamment sur les EI et l'approfondissement des causes.

La documentation, dématérialisée, est structurée, accessible aux professionnels. Elle se double d'une documentation papier présente dans les services.

Les équipements informatiques mis à disposition des professionnels sont en adéquation avec les besoins.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les unités de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management internes de la politique qualité.

Tout signalement d'événement indésirable par les professionnels fait l'objet par la RAQ d'un retour de suivi auprès de l'émetteur. Une mention de non punitivité dans la procédure de signalement favorise les signalements d'EI, leur traçabilité et permet une mobilisation des professionnels sur ces questions. Néanmoins, le dispositif de gestion des EI n'est pas totalement opérationnel. En effet, le service HAD ne recueille pas les événements indésirables.

Les représentants des usagers ont été tenus informés de l'élaboration du Compte qualité et ont pu apporter leurs propres appréciations sur les thèmes retenus. A ce sujet, la RAQ participe systématiquement aux travaux de la CRU : elle tient informé la commission de la nature et du degré d'avancement des travaux qu'elle pilote.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

La mise en œuvre de la politique qualité et son évaluation s'établit sur la base d'outils identifiés (indicateurs, tableaux de bord). Les indicateurs nationaux sont en place (IPAQSS, ICALIN, ICSHA, ICATB, ICABMR). Sont suivis également les indicateurs « Hôpital numérique ».

L'établissement a instauré des indicateurs en propre sur le suivi des événements indésirables, le suivi des plaintes

et réclamations, le nombre de demandes de dossier médical.

Le taux de retour des questionnaires de sortie est évalué.

Des CREX et RMM sont organisées associant tous les professionnels concernés.

A / AGIR

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

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

Supports et modalités de diffusion sont établis (réunions d'information, affichage). Les actions correctives qui s'imposent, sont pilotées par la direction déléguée, la direction des soins et la RAQ.

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
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective

C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
----------------------------	--

A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats
-------------------------	--

Non défini ; **Fonctionnement de base** ; **Défini** ; Maîtrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'établissement a défini une politique de gestion du risque infectieux intégrée à la politique qualité et gestion des risques de l'établissement, et déclinée dans le plan d'action qualité de l'établissement. Elle s'appuie notamment sur les résultats des audits et indicateurs. Il y a une équipe opérationnelle d'hygiène et le coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins y participe.

La politique découle des orientations nationales (PROPIN, PROPIAS...), régionales et des priorités institutionnelles locales.

Le plan d'action s'appuie sur les résultats des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales, l'analyse des événements indésirables, les résultats des enquêtes, audits et évaluations de pratiques et de la cartographie du risque infectieux.

Les objectifs sont définis avec un échéancier. Le programme est présenté aux instances. Le CLIN est actif, pluriprofessionnel.

Le domaine est géré en lien avec le réseau régional.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour piloter le processus avec une équipe opérationnelle d'hygiène formée

d'un praticien et un IDE. Un coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins est impliqué dans la démarche. Un réseau de correspondants est en place. Les rôles et missions de chacun sont définis dans des fiches de poste.

Un manuel qualité validé et actualisé est en place. Des outils de traçabilité sont associés.

Il existe une politique de gestion des antibiotiques incluant un guide, une liste à prescription nominative (au sein du système d'approvisionnement global de l'établissement), une ordonnance spécifique et un dispositif de réévaluation.

Une procédure d'antibioprophylaxie en chirurgie a été établie en août 2016.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les professionnels sont impliqués par le biais d'enquêtes de ressenti, de réunions et formations internes, de journées et de rencontres dans les différents secteurs.

Les formations portent notamment sur l'hygiène, la transmission croisée et l'entretien des locaux.

Les infections nosocomiales et les consommations détaillées d'antibiotiques ainsi que l'évolution des résistances sont suivies et analysées en réunions pluriprofessionnelles.

Des audits de pratiques sont réalisés, les indicateurs sont suivis.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs sont en adéquation avec l'activité. Les correspondants en hygiène sont formés après leur recrutement pendant 6 jours de formation régionale, puis participation régulières aux journées régionales. Il existe un plan de formation de l'ensemble des professionnels de l'établissement. On peut noter des informations et réunions sur le bon usage des antibiotiques.

La réalisation des prélèvements de surface est organisée ainsi que l'accès à la microbiologie.

La surveillance de l'environnement est organisée (air, eau, surfaces, endoscopes, fontaines réfrigérantes).

Les équipements, produits et matériels, sont disponibles pour l'hygiène et la prévention de la transmission croisée.

Le manuel qualité est à disposition de tous les lieux d'activité.

DESCRIPTION DE LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE

Certaines actions de surveillance et de prévention du risque infectieux sont régulièrement menées, avec notamment des prélèvements de surface, en cohérence avec le réseau régional de surveillance. Cependant les analyses de dossier pendant la visite, l'entretien avec les professionnels, la date récente du protocole et ses modalités de validation montrent que l'administration de l'antibioprophylaxie est inconstamment faite dans les règles.

D'autre part, la valeur des indicateurs, les analyses (observations, entretiens, audits) menées par l'établissement ainsi que les entretiens avec les professionnels montrent que l'utilisation des SHA est inconstamment faite selon les bonnes pratiques dans toutes les situations le nécessitant et selon les modalités requises.

Les ISO font l'objet d'un suivi par l'EOH. Il existe une procédure de signalement et de gestion des AES.

La traçabilité des actions et activités est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Divers audits et suivis d'indicateurs, enquêtes de prévalence, sont réalisés. On peut citer un audit de connaissance

sur les modalités de précautions complémentaires auprès de tout le personnel, sur l'utilisation des SHA, ainsi que le bilan des journées d'hygiène des mains.

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration sont régulièrement mises en place avec une communication sur les points de déficit les induisant et les résultats. On peut citer la modification de la gestion des excréta, une évaluation du dispositif de précautions complémentaires, l'achat de diverses formes de SHA et un travail sur journées hygiène des mains.

Une formation éligible au DPC a été créée et suivie par plusieurs dizaines d'agents. Des actions de sensibilisation des médecins à l'usage des anti infectieux ont été menées.

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 oeuvre de la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui réaffirme un certain nombre de droits fondamentaux de la personne malade, notamment des droits relatifs au respect de l'intégrité et de la dignité de la personne et de la confidentialité des informations la concernant. Elle souligne l'obligation de respect des libertés individuelles.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P Prévoir	Définition de la stratégie
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective

C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
----------------------------	--

A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats
-------------------------	--

Non défini ; Fonctionnement de base ; **Défini** ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. Cette politique et ces objectifs sont intégrés au projet d'établissement 2014-2019.

Les Droits des usagers constituent des axes porteurs pour les volets du PE consacrés aux Projet de soins et Projet qualité. Sont identifiés et développés, dans ce cadre, d'une part l'évaluation de la satisfaction des usagers et, d'autre part, la gestion des plaintes et réclamations en relation avec le rôle de la CRU. Le projet de soins développe la culture de la bientraitance, la culture de sécurité des soins, la qualité des prestations (dont lutte contre la douleur, soins palliatifs, liberté d'aller et venir, politique hôtelière, respect des droits).

Les instances sont associées au pilotage de cette politique. Le conseil de surveillance a validé les documents institutionnels pré cités.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation pour garantir le respect des droits des patients. La mise en œuvre est centrée sur l'EOGRV (« équipe opérationnelle gestion des risques et vigilances »), un des échelons opérationnels de la politique qualité, adjacent au COPIL auquel il réfère de ses travaux.

Deux groupes de travail se sont constitués : l'un en 2010 sur la bientraitance, le second en 2015 sur les droits des patients. Deux pilotes ont été désignés : une cadre supérieure de santé (responsable des secteurs gériatrie-santé mentale) et un attaché d'administration hospitalière (responsable du secteur admission). La RAQ supervise ces travaux.

La politique de formation institutionnelle comporte plusieurs actions ayant trait aux droits des usagers. Une médiation médicale (1 PH) et non médicale (2 CSS et 1 AAH) est organisée.

L'établissement se dispose à mettre en place, au jour de la visite, un Comité consultatif d'éthique.

L'établissement dispose d'un système documentaire dématérialisé (GED) doublé d'une documentation papier, directement accessible par les professionnels. Le livret d'accueil de l'établissement exprime clairement à la clientèle de l'établissement ses droits et possibilités de saisine de ses représentants usagers et de l'administration en cas de difficultés ou de réclamations. Un affichage ciblé permet également cette information.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La Direction déléguée, la RAQ et la Direction des soins de l'établissement organisent la mise en œuvre du respect des droits des patients. Cette architecture permet de sensibiliser les professionnels sur les risques identifiés, les éventuelles mesures correctrices et, plus globalement, sur le processus "respect des droits des patients".

Certains services (SSR/USLD/ santé mentale/ médecine sud) disposent de référents sur la bientraitance (IDE, AS) et la prise en charge de la douleur. Le service de santé mentale dispose d'un « livret douleur somatique en psychiatrie ».

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les services.

Des actions de formation annuelles sur les droits des patients sont réalisées. Ces actions ont concerné, depuis 2012, 160 soignants. Le plan de formation développe, depuis 2015, des actions ciblées sur la prise en charge des personnes en fin de vie et leur bien-être.

Dans le cadre de la journée mondiale des soins palliatifs (7 octobre 2016), l'établissement organise une session d'information grand public et professionnels de santé sur l'accompagnement, les soins et droits des patients en situation palliative.

La documentation dématérialisée, doublée d'une documentation papier dans tous les services est accessible à tous les agents.

Le livret d'accueil est remis à tous les patients.

L'établissement dispose, en MCO, de 1/3 de chambres individuelles et 2/3 de chambres à deux lits. Il existe toujours des chambres de 3 lits (en santé mentale) dont la reconfiguration architecturale est en cours.

Les conditions de respect de l'intimité et de la dignité ne sont pas rendues totalement effectives : les aménagements de séparation par rail/rideau ne sont pas généralisés et le recours aux paravents n'est pas d'usage.

Le CH a relocalisé dans des locaux neufs (mise en service 13 septembre 2016) son service d'USLD.

Un plan annuel d'investissement permet les acquisitions et renouvellements des équipements médico techniques et de soins (notamment des lits).

En revanche, les conditions d'hébergement ne permettent pas toujours le respect de la dignité et de l'intimité des patients. Présence de chambres à 3 lits en psychiatrie et non généralisation dans les chambres à 2 lits de rail/rideau de séparation. Le recours aux paravents n'est pas d'usage.

DESCRIPTION DE LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE

Les services de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour le respect des droits des patients.

Une charte de la Bienveillance existe. Des procédures sont consacrées aux restrictions de liberté (contention, liberté d'aller et venir, admission en chambre d'isolement thérapeutique en santé mentale). Le service d'USLD dispose d'un secteur protégé. L'établissement dispose de lits de soins palliatifs (entrées directes ou admissions déterminées par le suivi d'un logigramme de transfert en interne).

Une démarche d'intégration (livret d'accueil et session d'intégration d'une demi-journée) permet de donner une information complète aux nouveaux arrivants (dont ceux appartenant au corps médical), en particulier sur les droits des patients et leur respect.

L'effectivité de la mise en œuvre du recueil de la personne de confiance, de même que des directives anticipées, reste dépendante de la sociologie de la patientèle et de ses caractéristiques démographiques. Les procédures ad hoc existent. Le dossier patient permet leur mention.

Les droits des patients sont abordés lors des entretiens d'embauche et lors de l'entretien annuel d'évaluation.

Plusieurs chartes (bienveillance, personne hospitalisée, droits et libertés de la personne âgée dépendante) sont connues des personnels et encadrent leur mobilisation sur cette thématique.

La désignation de la personne de confiance de même que les directives anticipées sont connues des services.

L'acquiescement des patients ou de sa famille aux soins est recherché par le corps médical. Un formulaire de consentement aux soins est remis lors des consultations débouchant sur des actes effractifs. Le refus de soins est tracé.

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, tableaux de bord).

L'établissement a recours aux indicateurs nationaux (IPAQSS 2014 sur données 2013).

Les questionnaires de sortie sont remis aux patients avec un taux de retour (2015) de 8% en MCO, 3% en psychiatrie et 5% en SSR. Des enquêtes de satisfaction sont réalisées annuellement par l'établissement. Il est à noter que les questionnaires de satisfaction sont conçus par type de prise en charge selon quatre grilles de lecture : accueil, soins, prestations logistiques, satisfaction globale. Le taux de retour des questionnaires de sortie est en rétraction (MCO :-33%, Maternité et psychiatrie :-42% pour 2015 vs 2014). L'analyse YSATIS est réalisée.

En 2012 un audit (« questionnaire de pratiques ») a été réalisé auprès de l'ensemble des agents en contact avec les usagers (taux de retour 50%).

Des audits annuels ont été réalisés sur la tenue du dossier patient, les troubles nutritionnels et leur prise en charge.

Le suivi des plaintes et réclamations est effectif de même que celui des signalements d'événements indésirables.

Un registre permet ce suivi et leur évaluation. Des indicateurs sont en place : mesure du temps d'attente aux urgences, mesure du nombre d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie

Les résultats de ces analyses sont communiqués à la CRU, restitués lors de ses réunions et intégrés à son rapport d'activité annuel.

A / AGIR

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

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

Elles sont déclinées en actions d'amélioration à mener. Celles-ci sont assorties de moyens de validation et de réalisation qu'accompagnent des indicateurs de suivi.

Le Compte qualité présente ainsi 4 risques identifiés (avec criticité théorique et résiduelle) consacrés aux droits des patients (respect de la liberté d'aller et venir, recueil du consentement éclairé, recueil de la personne de confiance, recueil des directives anticipées). Ces risques débouchent sur des actions construites, évaluables dans le temps et dans leur consistance.

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

P Prévoir	Définition de la stratégie
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; Défini ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les missions du processus sont définies dans le projet d'établissement et ses déclinaisons en projet médical et projet de soins validés par les instances pour la période 2014-2019. Elles mettent en évidence les différents types d'hospitalisation ainsi que la prise en charge des pathologies chroniques, des populations spécifiques et vulnérables. Elles reposent sur une analyse des besoins tenant compte du type de population du bassin de vie, des objectifs du CPOM 2012-2017, des orientations de la communauté hospitalière de territoire créée en 2014, la convention de direction commune avec le CH de Prigueux, ainsi que l'analyse de l'activité. Les efforts financiers de l'établissement impactent les choix de prise en charge (transformation de 15 lits de chirurgie en hospitalisation complète en 12 lits de chirurgie ambulatoire) ainsi que les difficultés de recrutement de personnels médicaux (développement de la télé-médecine en radiologie et prise en charge de l'AVC). Un nouveau bâtiment vient d'ouvrir pour permettre un accueil adapté des personnes âgées en soins de longue durée. L'analyse des risques a été réalisée suite à l'établissement d'une carte d'identité du processus qui a été suivie d'une autoévaluation par service au cours de réunions pluriprofessionnelles permettant d'établir une cartographie des risques hiérarchisés selon la fréquence, la gravité et la maturité (Utilisation de la méthode AMDEC). Une visite de risque SHAM en mai 2016 a été réalisée pour aider cette méthodologie. Un plan d'action par service en découle qui met en évidence des axes prioritaires. L'avancement du plan d'action est sous la responsabilité des cadres du service avec une évaluation mensuelle de la commission des soins où siège la responsable qualité.

ORGANISATION INTERNE

Le processus parcours patient est sous la responsabilité de la direction des soins : directrice des soins et deux cadres supérieurs de santé.

Des pilotes et copilotes sont désignés parmi l'encadrement pour mettre en œuvre le processus et suivre les plans d'action définis au sein des services. Les rôles et responsabilités sont définis dans les fiches de poste des professionnels.

Les ressources humaines sont adaptées autour de ce processus. Un bilan des compétences a été réalisé. Des formations sont prévues et concernent la prise en charge de l'urgence (AFGSU), formation aux gestes d'urgences, formation de secouriste, DU d'éducation thérapeutique et formation de 40 heures. Formation autour du patient formation toucher massage, communication non verbale, prévention de l'escarre, groupe de travail sur la prévention du suicide organisé par l'ARS. L'établissement est organisme DPC. Il est prévu un tutorat pour les nouveaux salariés.

Des listes d'astreintes sont présentes pour tous les services.

Les ressources documentaires sont à la disposition des salariés par l'intermédiaire d'une gestion documentaire informatisée mais aussi de classeurs présents dans tous les services. Il s'agit de protocoles de prises en charge et des documents d'information auprès des patients et de leurs familles. Les documents de traçabilité sont prévus pour les dossiers papiers et au travers du dossier patient informatisé. Les documents de liaisons entre services et pour les structures d'aval sont prévus.

Les ressources matérielles sont mobilisées autour de ce processus. La fonction transport est organisée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La mobilisation des équipes est réalisée par les cadres des services par l'intermédiaire de réunion de service, par voie d'affichage et de formations spécifiques du processus. Les équipes s'impliquent dans les actions d'amélioration prévues dans leur secteur (par exemple sur l'application de la check-list d'entrée, l'évaluation nutritionnelle, le risque de chute, risque suicidaire, prévention des escarres). Les cadres et médecins s'assurent de la conformité des pratiques. Des audits de pratiques sont réalisés.

Les équipes participent à la rédaction des protocoles, à la déclaration événements indésirables, et à l'évaluation de leurs pratiques par intermédiaire de patient traceur et de REX.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences pour la mise en œuvre de ce processus sont mis à disposition dans tous les secteurs.

La permanence des soins est assurée, des listes d'astreintes sont mises en place dans tous les services.

En 2015, 218 salariés ont rempli leurs obligations de DPC et le nombre de salariés partis en formation est de 399 sur un effectif de 488.

Les documents et procédures permettant la prise en charge des patients à toutes les étapes sont présents dans les services.

Le DPI est adapté au processus, ainsi que les dossiers patients non informatisés.

Les matériels et procédures permettant la prise en charge de l'urgence vitale sont présents dans tous les services.

DESCRIPTION DE LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE

L'ensemble du parcours, les populations et les thèmes spécifiques du parcours sont identifiés.

L'ensemble des services a été visité : Chirurgie ambulatoire UHCD médecine à tendance diabétologie, médecine cardiologique, SSR, gériatrie courte durée, USLD, psychiatrie. Un service d'urgence permet l'accueil des patients 24h sur 24. La prise en charge de l'urgence vitale est effective dans tous les services avec présence d'un sac d'urgence connu de tous les professionnels, vérifié de manière mensuelle avec traçabilité de la vérification. Un numéro d'appel est affiché dans tous les services et connu des soignants. L'accueil du patient est organisé et l'évaluation adaptée de son état de santé en temps utile est réalisée et tracée dans le dossier. Des projets de soins personnalisés sont réalisés dans tous les services sous la forme de staff pluriprofessionnels hebdomadaires avec réévaluation en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient, ces PPS incluent les activités de rééducation si nécessaire. L'évaluation somatique en santé mentale est effective avec un bilan réalisé à l'entrée par l'intermédiaire des urgences, puis par un médecin somaticien qui passe deux fois par semaine. La continuité des soins s'appuie sur un système d'astreinte dans tous les services. Les listes d'astreintes sont présentes dans les services et connues des professionnels.

L'organisation pour la prise en charge des populations spécifiques, en particulier, des personnes âgées est effective ce qui est le cœur du métier du CH de Sarlat en médecine, gériatrie de courte durée, SSR, USLD et psychiatrie. Une équipe mobile PASS permet la prise en charge de personnes en situation de précarité. Le dépistage des troubles nutritionnels est tracé à l'entrée du patient.

L'évaluation du risque d'escarre est réalisée par le remplissage du score de Braden. La prévention du suicide se fait à l'entrée par la grille SADPERSONAS. La prévention des chutes est tracée.

Le CH de Sarlat est porteur de 4 programmes d'éducation thérapeutique autorisés par l'ARS : - patient insuffisant cardiaque, patient atteint de coronaropathie ou d'AVC, patient diabétique type 2. Les soignants possédant un DU d'éducation thérapeutique ou une formation de 40 heures passent dans les services pour sélectionner les patients susceptibles d'être pris en charge par un programme.

La sortie des patients est organisée depuis l'entrée. Une check-list de sortie est présente dans tous les services. Les documents de suivis sont remis au patient ou à la structure d'aval. En particulier les comptes rendus d'hospitalisation sont tous remis le jour de la sortie. Des appels au médecin traitant peuvent être faits lors d'une modification importante du traitement comme c'est le cas en SSR et gériatrie de courte durée ou un effort particulier est réalisé en accord avec le patient pour diminuer ses prescriptions médicamenteuses.

De nombreuses formations sont réalisées autour du parcours de soins et de nouvelles propositions sont affichées en permanence dans les salles de soins.

Les protocoles sont bien présents dans les services et connus des soignants. Les référents qualité préviennent les professionnels de l'arrivée d'un nouveau protocole et doivent signer la réception de celui-ci.

Les professionnels participent à la déclaration des événements indésirables. Il s'agit en grande partie de déclarations de chutes. Quelques soignants ont participé à des CREX et patients traceurs.

Les patients traceurs ont appuyés ces constats.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre sur la base d'outils identifiés.

Diverses méthodes sont utilisées par l'établissement pour évaluer le fonctionnement du processus: audits, patients traceurs, 1 EPP sur la prescription médicamenteuse de la personne âgée, chemin clinique du patient diabétique ou alcoolique dépendant, prévalence des escarres. Des CREX ont été réalisées.

L'analyse des questionnaires de satisfaction, les indicateurs d'activité, le nombre de professionnels formés en 2015, les indicateurs IPAQSS, le suivi des temps de passage aux urgences.

La communication des résultats des évaluations se fait vers les professionnels par des réunions de service, des affichages, la publication de Synergie et d'un mémo qualité.
Les résultats des évaluations sont soumis aux instances en particulier les indicateurs qualité et sécurité des soins.

A / AGIR

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

Les résultats des évaluations sur le thème du parcours patient permet l'identification d'actions correctives réalisées par l'encadrement au niveaux des services et la commission des soins. Les risques résiduels par exemple le délai d'envoi du courrier de fin d'hospitalisation, l'évaluation nutritionnelle ont entraîné des rencontres entre l'encadrement et les personnes concernés qui a permis d'atteindre le niveau cible. L'évolution des plans d'actions des services est communiqué aux professionnels par l'encadrement et à la commission des soins.

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
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; Défini ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique et des objectifs élaborés sur la base d'une identification des besoins, du contexte et d'une analyse des risques propres à l'établissement. La stratégie institutionnelle développée dans le Projet d'établissement 2014-2019 dispose d'un Projet informatique portant Schéma directeur du système d'information. Ce document intéresse directement le déploiement du DPI dont l'une des finalités est de « permettre une convergence et une évolution commune avec la CH de Périgueux ».

Le départ de l'informatisation du dossier patient (CBUM ; circuit du médicament) date de 2010 mais, en réalité, les choix institutionnels pérennes n'ont été faits qu'en 2014, en relation et dans le contexte du rapprochement avec le CH de Périgueux.

Cette politique du Dossier patient ressort également du CPOM 2012-2017 dans son annexe 3 et son objectif opérationnel 2 portant sur l'amélioration de la qualité des soins (tenue du dossier patient ; dossier d'anesthésie).

Ces orientations ont fait l'objet d'une validation par les instances.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a mis en place une organisation interne pour piloter le dossier patient et l'ensemble des fonctionnalités et critères qui s'y attachent : archivage, confidentialité, communication.

Le pilotage interne de cette politique du dossier patient a été repensé en 2015. Il existe un COPIL du dossier patient présidé par la directrice déléguée et composé de l'ingénieur informatique, de cadres de santé, du médecin DIM, de la RAQ et de la coordonnatrice des secrétariats médicaux.

Au plan opérationnel, en lien direct avec le COPIL, existe un Comité de supervision du dossier patient informatisé (Directrice déléguée et des soins, 5 PH, 4 CS, l'ingénieur informatique, la cdre administratif des admissions). Ce comité a pour mission directe de s'assurer du déploiement du DPI et des actions d'accompagnement qui l'intéressent (dont les formations). Il constitue la structure opérationnelle du COPIL auquel il rend compte de ses actions. Ses réunions sont trimestrielles.

Une politique de formation adaptée est en place ainsi qu'un fond documentaire dématérialisé (GED) mais également sous format papier notamment dans les secteurs où le DPI n'est pas encore déployé. L'établissement dispose d'une charte informatique de confidentialité directement accessible aux professionnels via la GED.

L'accès du patient à son dossier dans les délais est géré et régulé par la direction déléguée de l'établissement.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les cadres de santé assurent, en lien avec la Direction des soins, une sensibilisation permanente des équipes sur le processus DPI (actions de communication, informations régulières). Elles sont assistées dans cette mission par 2 cadres de santé qui appartiennent au Comité de supervision du DPI et 1 secrétaire médicale en missions transversales dédiées (paramétrages, formations, évolution des produits). Au plan médical, une praticienne hospitalière et un pharmacien assurent des missions identiques.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs, formation) et équipements (ordinateurs dans les unités de soins et au sein du SIM) sont adaptées et conformes aux buts poursuivis.

La praticienne DIM de l'établissement relève de la FMIH (fédération médicale interhospitalière) formée avec le CH de Périgueux. Elle est présente une demi-journée par semaine au CH de Sarlat. Le service se compose également de 0,80 ETP de technicienne d'information médicale (TIM) : celle-ci appartient en propre aux effectifs du CH de Sarlat. Sa suppléance est assurée par la FMIH formée avec le CH de Périgueux qui dispose de 3 TIM et 1 IDE affectées au SIM.

En fonction du déploiement progressif du DPI (mars 2016), les personnels bénéficient d'actions de formation en relation avec sa tenue. Dans chaque service le cadre de santé s'assure de la conformité du recours au DPI. En interne, une formation est donnée à tout nouvel arrivant dont les internes et praticiens nouvellement recrutés. Deux cadres de santé assurent la diffusion des adaptations du DPI auprès des personnels. S'y adjoint, notamment pour la fonctionnalité bureautique, une secrétaire médicale, coordonnatrice des secrétariats médicaux.

Le centre de formation permanente du CH, présent au sein de l'IFAS, joue un rôle notable dans ce domaine mais uniquement pour les actions concernant la tenue du dossier papier.

Au jour de la visite l'ensemble des IDE de jour ont été formées.

Le corps médical a reçu une formation au produit DPI. En routine une praticienne hospitalière et un pharmacien tiennent informés les médecins des adaptations et évolutions du produit.

Les locaux d'archivage des dossiers papier sont adaptés. Les procédures de classement et d'accès permettent une accessibilité simple et sécurisée. L'archivage central est assuré par 1ETP d'archiviste assisté de deux agents suppléants (AEQ formés) ; le classement est alpha-numérique. Le service des archives et les secrétariats médicaux relève du pilotage d'une secrétaire médicale, coordonnatrice des secrétariats médicaux, rattachée à la direction déléguée du CH.

La documentation (procédures, guide d'utilisation), actualisée, est directement accessible par les professionnels médicaux et non médicaux via la GED (segment collaboratif partagé) de l'établissement.

DESCRIPTION DE LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE

Les unités de soins connaissent et mettent en œuvre les organisations prévues pour la tenue et la gestion du dossier patient. Les interfaces entre les unités de soins, la coordonnatrice des secrétariats médicaux, la cellule opérationnelle du DPI et le SIM sont effectives.

Le dossier patient de l'établissement reste, pour partie, un dossier papier, conforme, dans sa forme, à la réglementation.

En regard existe un DPI déployé sur 47% des services et dont l'ensemble des services seront dotés en 2017. On y trouve l'ensemble des prescriptions, compte rendus et écrits attachés aux patients qu'ils soient d'essence médicale ou paramédicale.

Le DPI est abondé par un logiciel de gestion administrative (identito-vigilance et mouvements des patients au sein de la structure) ainsi que de documents papier. Les éléments restant sur support papier (directives anticipées, personne de confiance, nécessitant un paraphe du patient) sont scannés vers le DPI à l'issue du séjour. Durant l'hospitalisation ils sont présents dans un classeur propre à chaque patient dans lequel on trouve également le ou les courriers d'entrée du médecin traitant, les examens de biologie transmis durant l'hospitalisation par le LBM prestataire extérieur. Ils sont également scannés lors de la clôture du dossier à l'issue de l'hospitalisation. Tous les examens d'imagerie sont dématérialisés et directement intégrés au DPI.

L'accès au DPI est sécurisé : tout acteur de soins de l'établissement se voit attribuer un code d'accès nominatif. Ce code d'accès est différencié selon l'emploi et le métier exercé (médical ou paramédical). L'établissement a mis en place une sauvegarde en interne (salle avec serveur en miroir). Un mode dégradé existe.

L'accès des patients à leur dossier est organisé. Toute demande de communication du dossier patient relève pour traitement et suivi de la direction déléguée du CH. Les délais de traitement sont conformes à la réglementation moins de 5 ans : 7 jours ; plus de 5 ans : 14 jour

Les interfaces permettant la déclinaison du processus dans les services (fonctions de relais permanent d'information/formation dans les unités de soins) sont établies. Le DPI est interfacé à un logiciel de gestion administrative : celui-ci est maître en matière d'identito-vigilance et de mouvements. L'ensemble des acteurs de l'établissement disposent d'un accès en ligne à un « guide du dossier patient » documenté et aisément accessible dans sa lecture. Ce document à orientation d'information et pédagogique a été réalisé, en 2016. A noter qu'il existe également un guide du dossier papier ancien (2005) mais toujours d'actualité et utilisé dans les services où le DPI n'est pas encore déployé.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation et le suivi de la mise en oeuvre de sa politique sur la base d'outils identifiés dont les indicateurs nationaux (IPAQSS). On note également des indicateurs propres à certaines prises en charge ainsi la tenue du dossier patient pris en charge pour un AVC en MCO.

Un indicateur simple mais efficace est tenu en propre par l'établissement en ce qui concerne l'activité d'archivage papier et les transmissions de documents entre ce service et les unités de soins.

Le rapport annuel de la CRU fait état de ces résultats : les usagers en ont donc connaissance.

L'établissement mène des audits ainsi sur le logiciel DPI déployé aux urgences (juin 2006). Il est à noter que cette politique d'audit du dossier patient est ancienne (2003) et a fait l'objet d'intégration à des protocoles d'évaluation régionaux (2011).

A / AGIR

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

Des bilans de l'amélioration du processus sont réalisés en continu en interne par la Direction déléguée et la Direction des soins. Ces bilans agrégés permettent le développement des actions correctrices ou d'amélioration nécessaires. Des audits internes ont ainsi permis d'identifier des points d'amélioration avec actions afférentes sur dossier patient. On note ainsi la traçabilité bénéfice-risque (en lien avec les conclusions de la visite V 2010), les macrocibles de sortie, les transmissions ciblées et la mise en place de projets de soins personnalisés, les conditions de passage du dossier papier au DPI.

Ces points débouchent sur un plan d'actions du compte qualité qui collige des actions d'amélioration portées par une chronologie de mise en place et la désignation de groupes de travail et de leurs pilotes.

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
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; Défini ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre Hospitalier de Sarlat a analysé ses besoins et les risques sur le processus au regard de ses missions et moyens. Il a réalisé la cartographie du processus et utilisé les résultats des certifications HAS, contrôles, indicateurs nationaux, la réglementation en vigueur sur la prise en charge médicamenteuse du patient, le recueil des événements indésirables. L'analyse des risques repose sur les différentes étapes du circuit du médicament. Les risques identifiés ont été analysés et hiérarchisés selon la méthode AMDEC. Les professionnels ont été associés à la démarche. Les objectifs d'améliorations issus de cette étude sont retrouvés dans le PAQSS de l'établissement. La politique de la prise en charge médicamenteuse, incluant la personnes âgées, est rédigée, validée par les instances.

ORGANISATION INTERNE

Le Centre Hospitalier de Sarlat a identifié les rôles et missions de chacun des intervenants sur la thématique du médicament. Le responsable du management de la prise en charge médicamenteuse est le pharmacien, gérant de la PUI.

Les rôles et responsabilités des professionnels impliqués dans la prise en charge médicamenteuse sont définis, dans le respect des compétences propre à chacun, et telles que fixées par la réglementation.

L'informatisation du circuit du médicament est en cours de déploiement. Environ, 45% des services sont informatisés. Le calendrier prévoit une informatisation complète pour la fin du 1er semestre 2017. La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. L'établissement prévoit les ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Un binôme pharmacien- cadre du secteur pharmacie-radio a pour mission l'accompagnement des personnels dans l'informatisation du circuit du médicament. Ils sont au contact des équipes et travaillent de concert à la mise en œuvre de cette informatisation.

Les équipes participent au recueil des événements indésirables et à leur traitement. Des REMED sont en place. Elles ont accès aux résultats de ces évaluations.

Les responsables des secteurs de soins s'assurent de la mise en œuvre des actions prévues.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences des professionnels répondent aux besoins identifiés. Le pharmacien, par ailleurs responsable de la prise en charge médicamenteuse réalise des formations sur les erreurs médicamenteuses auprès des équipes de soins. Il assure également les compléments de formation nécessaires à l'outil informatique.

Les procédures nécessaires au management de la prise en charge médicamenteuse sont en place.

Il existe des dotations pour besoins urgents, et il a été mis en œuvre une dotation spécifique aux antibiotiques et médicaments identifiés comme médicaments à risque.

La pharmacie procède au surétiquetage des médicaments permettant l'identification réglementaire jusqu'à l'administration.

Les locaux et ressources sont conformes aux exigences en vigueur.

Il existe une astreinte de pharmacie.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

L'analyse pharmaceutique est réalisée pour les prescriptions informatisées. La dispensation pharmaceutique se fait en globale, en dehors du service d'USLD qui est nominative. Les piluliers, en dispensation globale, sont réalisés par les IDE.

Les médicaments identifiés à risque font l'objet de dotations spéciales.

L'administration de médicaments est faite par les IDE, qui vérifient le contenu des piluliers.

Les règles de bonnes pratiques d'administration ne sont pas toujours respectées. Dans les services, non encore informatisés, il existe des supports de prescriptions différents pour les médicaments per os et injectables ne permettant pas une vue d'ensemble de la totalité de la prescription. Dans le service d'UHCD, les IDE sont amenées à mettre en œuvre des protocoles thérapeutiques non prescrits sur le logiciel de prescription et de ce fait à tracer des médicaments non prescrits comme en témoigne le patient traceur.

En ambulatoire, l'IDE recopie la prescription de pré-médication.

D'autre part, en service de psychiatrie, le surétiquetage de la pharmacie garantissant le nom, le numéro de lot et la date de péremption jusqu'à l'administration du traitement est décollé par les infirmiers.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation du circuit du médicament est défini. L'évaluation est régulièrement assurée sur la base d'outils identifiés. Le pharmacien, de part sa prise de fonction récente à procédé à l'identification des risques du processus dans le cadre des groupes de travail. Il a procédé à divers

audits sur des segments du circuit du médicament. L'établissement participe au recueil des indicateurs IPAQSS.
L'analyse des résultats d'évaluation permet l'identification d'actions d'amélioration.

A / AGIR

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

Les actions identifiées dans le cadre de l'analyse des risques ont été insérées dans le PAQSS de l'établissement et font l'objet d'une validation par les différentes instances et d'un suivi. Ces actions sont mises en œuvre et suivies sur la base d'outils identifiés. des actions de communication sur les évaluations et leurs résultats sont réalisés.

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
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; **Défini** ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le Centre hospitalier de Sarlat s'inscrit dans une fédération inter hospitalière pour la prise en charge des urgences dans le cadre d'une convention avec le Centre Hospitalier de Périgueux.

L'établissement a procédé à l'identification de ses risques, avec les professionnels concernés, en lien avec le processus de prise en charge des urgences et des soins non programmés. Ces risques ont été hiérarchisés selon la méthode AMDEC. Des actions d'amélioration ont été retenues. Elles sont retrouvées dans le PAQSS de l'établissement qui est présenté aux différentes instances.

Les pilotes et co-pilotes du groupe de travail ont été identifiés. Il s'agit d'un PH du service des urgences et du cadre.

Leurs missions sont identifiées et formalisées.

Les différents secteurs et circuits de la prise en charge des urgences sont identifiés. Le projet d'établissement contient et identifie la problématique du service des urgences ainsi que des objectifs à atteindre entre 2014 et 2019.

Des projets de prises en charge spécifiques existent : EMPASS, validé par l'ARS; réorganisation de la fonction et des locaux IOA; projet télémédecine AVC, informatisation du dossier patient. La communication sur les projets en cours se fait essentiellement via le journal d'information "SYNERGIE", les réunions de cadre, la presse locale...

ORGANISATION INTERNE

Les rôles et missions sont définis pour chacun des acteurs intervenants et les fiches de postes existent. Les ressources humaines nécessaires ont été identifiées en fonction des risques et des besoins, de la réglementation et des recommandations. Les IOA sont formées. Les nouvelles technologies utilisées donnent lieu à des formations (dossier patient, télémédecine AVC etc....). Les processus définissant les filières sont identifiés (PA, traumatisés crâniens, psychiatrie, coordination avec les services médico-techniques, l'aval). Les besoins en procédures sont répertoriées. Elles sont formalisées et adaptées à la typologie de l'établissement.

La configuration des locaux prend en compte les besoins, les risques, la réglementation et les recommandations des sociétés savantes. Les différents circuits sont formalisés en prenant en compte les risques. Les mesures pour assurer la qualité et la sécurité du patient sont prévues. La maîtrise du risque infectieux est prise en compte notamment par l'organisation de l'hygiène des locaux. Les travaux récents dans le secteur IOA ont été réalisés en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène.

Les besoins en matières d'achat et de renouvellement des équipements sont identifiés. Le service biomédicale est chargé d'assurer la maintenance tant préventive que curative des différents matériels et équipements.

Le système d'information permet d'assurer la continuité de la prise en charge du patients. Il est intégré au système d'information de l'établissement. Une organisation permet la connaissance des lits disponibles dans l'établissement.

Les modalités de possibilité de recours aux spécialistes sont identifiées sous forme de convention interhospitalière et les modalités d'accès connues des professionnels.*

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le cadre supérieur et le cadre communiquent à leurs équipes et les pilotes de processus sur le suivi des plans d'actions identifiés dans le cadre de l'analyse des risques. Le cadre de service s'assure de la conformité des pratiques au regard des dispositions prévues. Les équipes sont parties prenantes dans l'élaboration des procédures,

des projets à mettre en œuvre. Des événements indésirables sont déclarés et analysés donnant lieu, si nécessaire, à des CREX.

Les indicateurs suivis par le service ont à disposition des équipes. Des réunions de services permettent des échanges sur les différentes thématiques en cours.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les effectifs et compétences sont en place. L'IDE d'accueil et d'orientation est présent quotidiennement sauf la nuit.

Sa présence est renforcée en soirée au moment de l'afflux de la période estivale. Les difficultés de recrutement nécessite le recours à l'intérim médical pour assurer les tableaux de garde. Il existe une procédure dégradée, validée par l'ARS, en cas d'absence de 2ème ligne de garde aux urgences. Un cadre est affectée au service afin d'y assurer les missions d'encadrement. Les professionnels en postes sont formés au regard des besoins du service.

Les remplaçants et intérimaires sont pris en charge à leur arrivée afin d'assurer leur prise de fonction au regard des spécificités du service.

Les procédures et documents nécessaires au fonctionnement du service sont retrouvés. Ils sont intégrés dans la gestion documentaire de l'ES.
Des documents d'informations sont à disposition des usagers dans la salle d'attente des urgences.
La restructuration du poste IAO permet l'accueil du patient dans le respect des règles de confidentialité et les locaux sont conformes aux règles de prise en charge.
L'accès des personnes handicapées, gardées à vue, afflux massif, personnes victimes d'un accident nucléaire, chimique, pathologie à risque de contagion est organisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN OEUVRE EFFECTIVE

Les plannings médicaux et paramédicaux sont respectés. La mise en place des circuits est effective (circuit AVC, filière chirurgicale, avis spécialisée). La maîtrise du risque infectieux est organisée.

Les organisations mises en œuvre pour l'accueil des patients sont conformes aux dispositions prévues par le centre hospitalier de Sarlat. La permanence des soins est assurée. Les tableaux de gardes et astreintes sont accessibles par tous les personnels. Les moyens pour joindre tout intervenant sont connus et affichés.

La gestion des événements indésirables est effective. Une analyse est réalisée. Des CREX sont en place. Les vigilances et veilles sanitaires sont organisées et fonctionnelles.

La disponibilité des lits est analysée en temps réel. Le dossier patient informatisé est déployé aux urgences permettant un accès aux informations du patient en temps utile. Des staffs sont en place. Les modalités et conditions d'accueil au service des urgences sont mises en œuvre telles que prévu. L'ergonomie des locaux permet le respect de la confidentialité des entretiens. Les documents d'accompagnements utiles à la prise en charge du patient sont retrouvés. L'identification du patient est réalisée dès son arrivée par l'IAO. Un bracelet est alors posé au poignet du patient. La douleur est évaluée dès l'arrivée du patient par l'IOA, puis réévaluée autant que nécessaire. Le relevé des constantes, la surveillance sont adaptés à la pathologie du patient.

Les bonnes pratiques de prescription et d'administration des médicaments sont respectées.

Les délais d'attente sont identifiés. Les patients en sont informés ainsi que de la priorisation des niveaux d'urgences.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation des pratiques est défini et régulièrement assuré. Des audits sont réalisés par le cadre du service. Les actions d'amélioration identifiées suite à ces évaluations sont communiquées auprès des équipes.

Les temps d'attente sont suivis en continu. Des indicateurs locaux sont suivis.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration identifiées dans le cadre de l'analyse des risques sont intégrées dans le PAQSS de l'établissement. Les actions d'amélioration sont mises en œuvre et suivies sur la base d'outils identifiés.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT AU BLOC OPÉRATOIRE

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P Prévoir	Définition de la stratégie
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; Défini ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un document de juin 2016 définit la politique du bloc opératoire. Celle-ci s'inscrit en cohérence avec les orientations régionales et la stratégie en place depuis quelques mois qui est une limitation de l'activité du bloc opératoire à la chirurgie ambulatoire.

Le rapport d'inspection et une visite de la SHAM ont été utilisés, de même que les indicateurs et un appui de l'ANAP.

Une cartographie des risques à priori est établie. Elle est nourrie des événements indésirables. Elle concerne les différents processus et spécifie le niveau de criticité, les causes et les barrières à mettre en place.

Un tableau de bord de mesure de la performance a été élaboré.

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins au bloc opératoire pour la période 2014-2019 est établi. Il est coordonné avec celui du secteur d'accueil ambulatoire. Il comporte des échéances et des priorités, ainsi que le suivi d'indicateurs.

Cette politique est diffusée au niveau de l'établissement et intégrée au PAQSS.

ORGANISATION INTERNE

Un cadre de santé est en charge du pilotage du bloc opératoire, de l'endoscopie et du secteur ambulatoire.

Un responsable médical a été nommé en décembre 2015 il s'agit du PH temps plein chirurgien de l'établissement.

Un organigramme fonctionnel est établi.

Les ressources humaines nécessaires sont identifiées en cohérence avec les orientations stratégiques de l'établissement, notamment pour ce qui concerne la permanence des soins. Les fiches de poste sont en place.

Les besoins de formation sont identifiés notamment ceux nécessaires à l'intégration des nouveaux IDE de bloc opératoire, ceux qui concernent l'hygiène et les AES, ainsi que des domaines plus spécifiques tels que l'utilisation de la checklist ou l'hystérectomie d'hémostase.

L'analyse des processus est effective entre autre pour ce qui concerne le circuit ambulatoire.

Un passeport ambulatoire a été constitué à l'usage des patients incluant les consignes pré et post opératoires. Les documents standards sur les différents types d'intervention et le consentement sont utilisés.

Les mesures assurant l'hygiène des locaux, la qualité de l'air et de l'eau ainsi que des gaz médicaux sont en place.

Les besoins en équipements et approvisionnement sont identifiés, la maintenance préventive et curative est en place, de même que les documents d'aide à l'utilisation.

La circulation du dossier du patient est organisée et continue. Le développement d'un dossier informatisé est en cours. Un logiciel permet la programmation. Les données d'activité sont suivies informatiquement.

Les interfaces entre le bloc opératoire et les services cliniques, les consultations, les laboratoires externes d'anatomopathologie, de biologie, la pharmacie à usage intérieur et les services logistiques support, les transports sont organisées. Des réunions sont prévues avec des opérateurs du Centre Hospitalier de Périgueux dans le cadre de la nouvelle organisation territoriale.

Cependant, les pratiques professionnelles ne s'appuient pas sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés. Il n'y a pas de manuel qualité du bloc opératoire. Les entretiens et la consultation documentaire montrent que s'il existe plusieurs protocoles et procédures, de niveau de formalisation divers, il n'y a pas de protocole ou procédure validée cadrant l'organisation des circuits des personnes (professionnels et patients).

Au jour de la visite un manuel est à l'état de projet.

Il n'existe pas de conseil de bloc opératoire. Les entretiens et la consultation documentaire montrent qu'une réunion préparatoire à la constitution du conseil de bloc opératoire a eu lieu en juin 2016 en définissant ses missions et sa composition. Au jour de la visite, le conseil n'est pas en place.

Il n'y a pas de participation de médecins anesthésistes réanimateurs à la démarche institutionnelle. Au jour de la visite et depuis plusieurs mois, il n'y a dans l'établissement aucun médecin anesthésiste titulaire et pas de lien encore établi dans le cadre de la fédération médicale inter hospitalière avec le CH de Périgueux. Cependant, les médecins intérimaires qui assurent les gardes d'anesthésie sont les mêmes depuis plusieurs années et leurs gardes sont organisées sur plusieurs jours afin de pouvoir permettre un suivi et pallier ainsi au manque de praticien hospitalier de l'établissement.

Il n'y a pas de charte de fonctionnement validée du bloc opératoire. Elle a été rédigée en août 2016 en est au stade de document de travail au jour de la visite. De même, la charte de fonctionnement de l'unité d'ambulatoire précisant les modes de fonctionnement des circuits de prise en charge est définie depuis 2014 mais non validée.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La communication de la cadre de santé avec l'équipe paramédicale est effective ainsi que la participation de l'équipe aux travaux d'organisation et d'amélioration des pratiques.

Le suivi de la conformité des pratiques faisant l'objet d'une procédure ou d'un protocole est mis en œuvre par le cadre de santé.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

La permanence des soins est assurée. Il faut noter que, pour ce qui est de la continuité médicale de l'anesthésie, elle repose exclusivement sur des médecins intérimaires, qui travaillent depuis longtemps dans l'établissement.

Les personnels nécessaires au fonctionnement du bloc opératoire et de l'UCA sont disponibles.

Un plan de formation est mis en œuvre ainsi que l'intégration structurée des nouveaux arrivants.

Le dossier patient est disponible à toutes les étapes. Le programme opératoire est accessible aux professionnels.

Les locaux et équipements sont en adéquation avec l'activité. Il en est de même de la maintenance et du matériel d'urgence.

Le système d'information repose sur les supports papier. L'accessibilité et la confidentialité est effective.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les contrôles sont effectifs (notamment ouverture de salle, de site d'anesthésie, traçabilité des actes opératoires, contrôle des gaz médicaux, des surfaces, du régime de pression)

Le nettoyage des locaux est réalisé selon les procédures et tracé.

En l'absence de conseil de bloc, le cadre de santé responsable réalise la programmation. Un staff hebdomadaire bipartite (cadre et chirurgien, sans médecin anesthésiste du fait de l'absence de permanent dans l'établissement) valide la programmation.

Des EI sont déclarés, par le biais d'une procédure et de supports institutionnels. Les dysfonctionnements sont suivis par la cadre.

Les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical sont en adéquation avec l'activité.

Les interfaces avec les consultations et l'UCA sont opérationnelles notamment au travers d'une fiche de programmation dont l'utilisation est cadrée par un protocole avec logigramme. La petite taille de l'établissement facilite la communication et la collaboration. Les mesures de prévention des risques professionnels sont en place.

Les compétences et effectifs sont en adéquation avec l'activité de l'UCA, les interfaces opérationnelles, l'optimisation des temps pour le patient est recherchée. Les appels de la veille est du lendemain sont structurés.

Les requis en matière de préparation préopératoire et d'identitovigilance sont réalisés. Les consentements sont recueillis. Le patient est informé des consignes notamment par la remise d'un passeport ambulatoire.

Le transport des patients répond aux conditions adéquates. Cependant le local de transfert ne dispose pas de délimitation claire des zones propres et sales.

La checklist est mise en œuvre pour chaque patient et archivée dans le dossier.

La prise en charge peropératoire est tracée.

La prise en charge en SSPI est effective et tracée, la sortie validée sur score.

La sortie d'UCA est validée par un médecin sur score. il existe une procédure de gestion des impossibilités de retour à domicile.

Les bonnes pratiques d'hygiène dans le bloc opératoire sont incomplètement mises en œuvre. La marche en avant n'est pas respectée dans la circulation des professionnels (configuration et usage des vestiaires) et des patients.

Il n'y a pas de délimitation des parties de la zone de transfert des patients. L'évacuation des matériels et déchets de salle d'opération se font par la sortie de l'IDE de salle d'opération dans le couloir où sont les poubelles et matériel utilisé du bloc par une porte non coulissante suivie d'une ré-entrée directe dans la salle.

Les bonnes pratiques en matière de visite pré-anesthésiques ne sont pas systématiquement mises en œuvre. La VPA n'est pas toujours réalisée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le dispositif d'évaluation et suivi d'indicateurs n'est pas structuré. L'établissement n'a pas mis en place de CREX, d'EPP ou de RMM.

Il n'y a pas d'audit de réalisés.

Les indicateurs IPAQSS sont suivis par l'établissement. Les points déficitaires, tels plusieurs éléments de l'indicateur DAN, ont été inscrits dans le PAQSS avec des objectifs quantifiés.

Un tableau de bord d'indicateurs de performance a été mis en place en 2016 et son suivi débute.

A / AGIR

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

Des actions d'améliorations ont été mises en oeuvre dans le cadre de l'identification des risques. Ces actions sont retrouvées dans le PAQSS de l'établissement. Le caractère récent de la mise en place d'actions d'amélioration ne permet pas à ce jour de communication sur des résultats.

MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN ENDOSCOPIE

1. Caractérisation générale

L'investigation de la thématique « Management de la prise en charge du patient dans les secteurs à risque » vise à évaluer que l'établissement a identifié ses activités à risque afin de développer une démarche de management de la qualité et de gestion des risques visant un rapport optimum bénéfice/risque pour le patient :

les dispositions organisationnelles et techniques en lien avec la prise en charge du patient sont définies et mises en place, incluant les vérifications à effectuer au sein de l'équipe pluridisciplinaire concernée, lors de la réalisation des actes critiques, conformément à la réglementation et aux référentiels reconnus.

La présente procédure de certification concerne cinq activités à risque : la radiothérapie, la médecine nucléaire, l'endoscopie, le secteur de naissance et la radiologie interventionnelle.

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P Prévoir	Définition de la stratégie
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; Défini ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Un document de juin 2016 définit la politique de l'endoscopie, mettant l'accent sur la gestion du risque infectieux spécifique. Les examens concernent la gastroentérologie, la pneumologie, la cardiologie et l'ORL, au sein du bloc opératoire en consultations et hospitalisation.

La politique s'appuie sur le rapport de certification de l'analyse des risques de 2014 réalisé dans le cadre de l'audit national du GREPHH de 2015.

Une cartographie des risques à priori est établie et nourrie des événements survenus.

Un tableau de bord de mesure de la performance a été élaboré pour l'ensemble du bloc opératoire incluant le suivi de l'activité d'endoscopie.

Un programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en endoscopie pour la période 2014-2019 est établi. Il est coordonné avec celui du bloc opératoire. Il comporte des échéances et des priorités, ainsi que le suivi d'indicateurs.

Cette politique est diffusée au niveau de l'établissement.

ORGANISATION INTERNE

L'inclusion de l'activité d'endoscopie à la gestion du bloc opératoire a été récemment actée. Un cadre de santé est en charge du pilotage.

Un responsable médical a été nommé. Un organigramme fonctionnel est établi.

Les ressources humaines nécessaires sont identifiées en cohérence avec le domaine notamment en ce qui concerne la gestion des endoscopes.

Les besoins de formation à l'arrivée et en continu sont identifiés dont ceux nécessaires à la gestion des matériels d'endoscopie concernant l'hygiène et les accidents, ainsi que des domaines spécifiques tels l'utilisation de la checklist adaptée à l'endoscopie.

L'analyse des processus est effective notamment en ce qui concerne le circuit des endoscopes et l'ambulatoire.

Un passeport ambulatoire a été constitué à l'usage des patients, incluant les consignes pré et post interventionnelles. Les consentements sont utilisés.

Les mesures assurant l'hygiène des locaux, la qualité de l'air et de l'eau ainsi que des gaz médicaux sont en place.

Les besoins en équipements et approvisionnement sont identifiés. La maintenance préventive et curative est en place, de même que les documents d'aide à l'utilisation.

La circulation du dossier du patient est organisée et continue. Le développement d'un dossier informatisé est en cours. Un logiciel permet la programmation. Les données d'activité sont suivies informatiquement.

Les interfaces entre le bloc opératoire, les services cliniques, les consultations, les laboratoires externes d'anatomopathologie, de biologie, la pharmacie à usage intérieur et les services logistiques et support sont organisées. Les transports sont organisés.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La gestion de l'activité est le fait de la cadre de bloc et d'un médecin endoscopique, cette organisation est récente.

Un staff hebdomadaire bipartite - cadre et endoscopiste, valide la programmation de l'endoscopie. Les événements indésirables font l'objet d'une déclaration comme prévu dans la procédure et supports institutionnels. Les dysfonctionnements sont suivis par le cadre. Au jour de la visite, une démarche participative d'analyse de l'activité et des dysfonctionnements est initiée.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'activité d'endoscopie est pratiquée au bloc opératoire. Les pratiques professionnelles spécifiques s'appuient sur des procédures issues de documents de référence actualisés et validés. Les compétences et les effectifs du personnel médical et paramédical sont en adéquation avec l'activité. Les ressources en compétences sont assurées, les personnels formés. Les matériels et les locaux sont en adéquation avec l'activité d'endoscopie.

Un manuel spécifique est disponible sous formes papier et électronique, actualisé.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La gestion des endoscopes (nettoyage et stockage) est effective, suivant les bonnes pratiques. La traçabilité est organisée et opérationnelle, incluant toutes les étapes, dans un registre et dans le dossier du patient. Il existe une procédure pour la gestion de la présence d'ATNC. Les documents d'utilisation et de gestion sont à disposition des professionnels.

La checklist spécifique à l'activité est utilisée.

Le nettoyage des locaux est réalisé au regard des spécificités.

Les interfaces avec les consultations et l'UCA sont opérationnelles avec pour support une fiche de programmation dont l'utilisation est cadrée par un protocole avec logigramme. La petite taille de l'établissement facilite la communication et la collaboration notamment avec l'EOH qui est effective. L'interface avec le laboratoire d'anatomopathologie est organisée. Le transport des patients répond aux conditions adéquates.

Des documents patient sont élaborés et remis, notamment la préparation et le séjour ambulatoire.

L'optimisation des temps pour le patient est recherchée. Les consentements sont recueillis. Les appels de la veille et du lendemain sont structurés.

La gestion des déchets est organisée.

Les mesures de prévention des risques professionnels sont en place, entre autre ceux spécifiques à l'activité de nettoyage des endoscopes.

La checklist spécifique est mise en œuvre pour chaque patient et archivée dans le dossier. La prise en charge perendoscopie est tracée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les professionnels déclarent les événements indésirables, ceux-ci analysés par le responsable.

Cependant, le dispositif d'évaluation et suivi d'indicateurs n'est pas structuré. L'établissement n'a pas mis en place de CREX ou de RMM.

Il n'y a pas d'audit réalisé. L'établissement ne suit pas d'indicateurs quantitatifs ou qualitatifs.

A / AGIR

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

Le caractère récent de la mise en place d'actions d'amélioration ne permet pas à ce jour de communication sur des résultats. Quelques mesures d'amélioration ont été mises en place notamment dans le domaine de la gestion des endoscopes, assorties de documents de cadrage.

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 bénéfique/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
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus
A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats

Non défini ; Fonctionnement de base ; Défini ; Maitrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Il existe une politique établie en juin 2016 qui comprend l'analyse des processus et des risques ainsi que des objectifs d'amélioration notamment en ce qui concerne la sécurisation du parcours patient au regard du positionnement de l'établissement (autorisation de maternité niveau 1) dans le territoire. Le projet médical de l'établissement 2014-2019 est établi sur la base de la convention constitutive dans le cadre de la fédération médicale inter hospitalière établie en nov 2014. Une convention avec le réseau de périnatalité de l'Aquitaine est en place. L'établissement s'inscrit dans la démarche PRADO

et conduit une démarche de labellisation "Hôpital amis des bébés," avec le développement de diverses techniques visant à améliorer le confort et à gérer la douleur dans le cadre d'une filière physiologique.

Des réunions pluriprofessionnelles, audits et EPP contribuent à cette politique.

Le processus de prise en charge de salle de naissance et des risques à chaque étape est analysé.

Les situations à risque pour la mère et/ou pour l'enfant sont identifiées et diverses procédures cadrent les conduites à tenir, sur site ou avec transfert.

ORGANISATION INTERNE

Au regard de la démographie médicale et de la cohérence territoriale, au plan médical le chef de service du CH de Périgueux assure le pilotage de la structure. Les autres obstétriciens de Périgueux contribuent à la permanence des soins avec un recours à l'intérim. Un pédiatre (0.8 ETP) assure avec un collègue de Périgueux (0.4 ETP) et le recours à l'intérim la prise en charge des enfants.

L'anesthésie est assumée uniquement par de l'intérim. Un organigramme fonctionnel est établi.

La permanence des soins est assurée, incluant la prise en compte de l'absence inopinée de médecin de chacune des spécialités nécessaires (obstétrique, pédiatrie et anesthésie) avec un logigramme de conduite à tenir selon les cas. Le chirurgien viscéral d'astreinte intervient au cas où une intervention est nécessaire et que l'obstétricien présent n'a pas la qualification chirurgicale.

Une équipe de sages femmes est en place avec un cadre, de multiples actions de formation sont menées.

Un manuel qualité complet est disponible dans tous les lieux de travail et mis à disposition des médecins remplaçants avec un livret spécifique adapté aux caractéristiques du service.

Le matériel est en adéquation avec l'activité.

Cependant, le circuit de la parturiente n'est pas sécurisé. Les locaux rendent difficile l'activité car la salle de naissance est très excentrée du cœur du service et isolée, obligeant à un transport des parturientes depuis la salle de surveillance de début de travail. Le bloc opératoire est sur un autre niveau, avec la possibilité de mobilisation d'un ascenseur.

Les interfaces internes avec des correspondants et référents (douleur, qualité, hémovigilance, hygiène) ainsi qu'avec le bloc opératoire et le dépôt de sang sont assurées (dont procédure "rouge" pour césarienne urgente).

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La stratégie est déployée avec un accueil spécifique des nouveaux arrivants et des intérimaires. Il existe un plan de formation sur diverses thématiques dont celles liées à la filière physiologique. Des fiches de poste sont établies. Les pratiques sont évaluées et les dysfonctionnements analysés fréquemment de façon pluriprofessionnelle, dans le cadre d'une démarche largement participative notamment sur l'identification d'actions correctives et la rédaction des protocoles nécessaires.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Malgré le déficit de la démographie médicale, la prise en charge est assurée dans les différentes disciplines concernées.

Le personnel est formé.

La documentation est accessible sous forme papier et électronique dans les différents lieux dont celui d'accueil des médecins remplaçants et comprend des procédures pour couvrir les situations à risque et procédures dégradées.

Les dossiers patients sont sous forme papier stockés dans le secrétariat dans des locaux conformes et en prépartum immédiat dans le bureau de la sage femme, conforme également.

Les matériels et approvisionnements sont gérés. Les dispositions et matériels en cas d'urgence vitale sont en place.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La prise en charge se fait selon les protocoles établis, avec un lien entre les différents professionnels (sage femme, obstétricien, anesthésiste pédiatre) avec prise en compte du degré d'urgence et organisation du recours à l'extérieur autant que de besoin.

Le planning des obstétriciens, sujet de risques, est fait longtemps à l'avance

L'accès au dépôt de sang est effectif; le service dispose d'un appareil de mesure de l'hémoglobine percutanée.

Il faut noter que la pose de l'anesthésie péridurale se fait dans une salle différente de la salle de naissance, équipée, à proximité du local des sages femmes permettant une surveillance visuelle. Un transport vers la salle de naissance est ensuite réalisé ; ce point est connu de l'équipe comme un point de défaillance potentielle et des actions d'amélioration sont réfléchies avec la direction.

Le risque infectieux est géré.

L'axe bientraitance est développé avec chambres doubles systématiques comprenant donc un lit pour le père et des consultations destinées aux pères. Des RCP sont tenues autant que de besoin en partenariat avec le territoire et le réseau régional.

Les réunions font sauf exception l'objet d'un compte rendu.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Les EI sont recueillis et analysés. Des CREX sont organisées. Le bilan d'activité est analysé, de même que les questionnaires de satisfaction. Les indicateurs nationaux sont suivis; la démarche AUDIPOG est incluse; une attention à la tenue du dossier est portée ; un audit des HPP a été réalisé.

A / AGIR

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

Plusieurs mesures d'amélioration ont été mises en place parmi lesquelles on peut citer l'amélioration de la SURMIN, la mise en place d'un livret remplaçant, l'amélioration de la salle où sont posées les APD et une réflexion sur les locaux avec la direction

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

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

Les équipements et produits concernés sont :

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique

P Prévoir	Définition de la stratégie
	Organisation interne
D Mettre en œuvre	Mobilisation des équipes pour la mise en œuvre opérationnelle
	Disponibilité des ressources
	Description de la mise en œuvre effective
C EVALUER	Evaluation du fonctionnement du processus

A AGIR	Mise en place des actions d'amélioration et communication sur les résultats
-------------------	--

Non défini ; Fonctionnement de base ; **Défini** ; Maîtrisé ; Optimisé

b. Synthèse générale

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Le service HAD du centre hospitalier de Sarlat a défini une politique et des objectifs, basés sur l'identification des besoins et des risques liés au processus. Les risques, issus de l'analyse du processus, ont été hiérarchisés selon une analyse reposant sur la méthode AMDEC. Cette politique a été validée par les instances en juin 2016. Les actions identifiées ont fait l'objet d'un plan d'action.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation permettant le pilotage du processus. Les pilotes et co-pilotes sont identifiés. Ce sont le cadre et cadre supérieur de l'unité. Un groupe de travail pluridisciplinaire a été mis en œuvre.

Les ressources humaines nécessaires sont identifiés et en place. Le plan de formation prévoit des formations en lien avec les besoins de l'unité (éducation thérapeutique.....). Les ressources documentaires sont présentes. Une procédure "gestion des équipements et produits médicaux et non médicaux au domicile du patient" est en place, définissant les modalités de fonctionnement (moyens de substitution, modalités de transport des matériels et médicaments....). Un appel d'offre à prestataires a été réalisé en début d'année en commun avec le centre hospitalier de Périgueux. Les conventions signées indiquent les modalités de fonctionnement, d'intervention et de maintenance 24/24h et 7/7 j.

La gestion des interfaces est organisée formellement pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activités, notamment entre hospitaliers et libéraux intervenant au domicile du patient.

Une organisation permettant de garantir un approvisionnement en urgence et en cas de panne est en place.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les responsables du service HAD du centre hospitalier de Sarlat sont chargés de l'organisation de la démarche institutionnelle au sein du service et auprès des personnels. Les objectifs et actions identifiés dans l'analyse des risques sont déployés sur le service. Des actions de communication en interne et /ou externes sont réalisées. Les cadres, le médecin coordonnateur s'assure de la mise en œuvre et du respect des dispositions prévues par l'organisation à travers des audits. Les résultats de ces audits sont analysés avec l'équipe qui identifie les actions à mettre en place. Des indicateurs sont identifiés et suivis par le cadre.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences tant sur les effectifs que la formation sont mises en œuvre. Les matériels et équipements nécessaires sont disponibles. Les protocoles et procédures sont accessibles, actualisés et connus des utilisateurs. Les professionnels bénéficient de formations. Les conventions avec les prestataires externes concernant le matériel livré à domicile prévoient la formation du personnel à son utilisation.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Conformément à ce qui est prévu dans la procédure de gestion des équipements et produits médicaux et non médicaux, à réception de la demande d'admission du patient en HAD, le cadre ou l'IDEC identifie les besoins en équipements, au regard du matériel déjà en place à domicile, et réalise le bilan préalable à une admission. La date d'entrée du patient est fixée, et la secrétaire de coordination faxe le bon de commande du matériel au prestataire en indiquant la date de livraison au domicile du patient. Les IDE vérifient la disponibilité des DM stériles et non stériles dans le stock du service. Elles

commandent à la PUI du centre hospitalier les DM stériles nécessaires. Le médecin s'assure de la présence de prescription médicale qui sont transmises à la Pui de l'établissement. Le jour de l'admission, les IDE et les AS préparent le matériel nécessaire à la prise en charge à domicile. Les AS instaurent la fiche d'installation, de suivi et de désinfection du matériel installé au domicile du patient par l'HAD. Les IDE informent la secrétaire de coordination du matériel laissé en dépôt par les prestataires. Les traitements sont livrés dans le service par la PUI de façon sécurisée et vérifiés par les IDE, qui les acheminent, après pose de scellés, chez le patient. A domicile, les IDE installent le matériel dans la pièce la plus adaptée. Elles vérifient le matériel livré par les prestataires et tracent cette vérification dans le dossier patient à la rubrique - bilan d'admission. Au cours de l'hospitalisation, les commandes sont réalisées à la quinzaine pour les DM non stériles, et de façon hebdomadaire pour pour les DM stériles. La sortie du patient est préparée, tant en ce qui concerne le relai de la prise en charge, que le prestataire qui est informé pour la reprise du matériel. Le matériel de l'établissement est repris et ramené pour désinfection dans le service. Cette traçabilité est assurée.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Le service HAD a réalisé une enquête de satisfaction à destination des prestataires de services. Le questionnaire de satisfaction de l'HAD contient des items sur le matériel mis à disposition du patient. Des audits sont réalisés sur le respects des procédures concernant le matériel mis à disposition au domicile des patients.

Le cadre suit des indicateurs utiles au fonctionnement du service : consommation annuelle HAD médicament/compléments alimentaires, DM stériles et non stériles, suivi de l'activité...

A / AGIR

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

Des actions d'amélioration ont été identifiées dans le cadre de l'inventaire des risques. D'autres sont mises en œuvre au regard des résultats des audits et suivies sur la base d'outils identifiés. Des actions de communication sur les évaluations et leurs résultats sont réalisées.