



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ



**RAPPORT DE CERTIFICATION
HAD SANTÉ SOLIDARITÉ DU
VAR**

1328 chemin de la planquette
Cs 90587 - la garde
83041 TOULON
JANVIER 2018

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	10
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES	11
DROITS DES PATIENTS	17
PARCOURS DU PATIENT	21
DOSSIER PATIENT	27
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT	31
GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT	36

INTRODUCTION

1. Les objectifs de la certification

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

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

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

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

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

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

2. La certification V2014

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

Avec la V2014, la certification évalue :

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

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

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

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

1. Des audits sur :

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

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

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

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

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

3. Les niveaux de certification

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

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

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

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

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

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

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

LEXIQUE ET FORMAT DU RAPPORT

1. Lexique des termes utilisés

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

2. Les fiches par thématique

Chaque fiche est constituée de deux parties :

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

2.2 Les résultats de l'établissement :

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

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

HAD SANTE SOLIDARITE DU VAR	
Adresse	1328 chemin de la planquette 83041 TOULON
Département / région	VAR / PACA
Statut	Privé
Type d'établissement	Etablissement privé à but non lucratif

Liste des établissements rattachés à cette démarche			
Type de structure	FINESS	Nom de l'établissement	Adresse
Entité juridique	830001855	ASSOCIATION SANTE ET SOLIDARITE DU VAR	Espace france europe 1328 chemin de la planquette - bp 60025 83951 LA GARDE
Etablissement de santé	830207114	HAD SANTE SOLIDARITE DU VAR	1328 chemin de la planquette Cs 90587 - la garde 83041 TOULON

Activités	
Type de prise en charge	Activités
HAD	HAD

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

Réorganisation de l'offre de soins	
Coopération avec d'autres établissements	<p>L'HAD SSV a signé de nombreuses conventions de coopération sanitaire avec l'ensemble des établissements hospitaliers du VAR OUEST (CHITS, HIA ST ANNE, CH HYERES, CH BRIGNOLES, MALARTIC, GIP COMET...)</p> <p>L'HAD conventionne également avec de nombreux EHPAD, établissements sociaux et médico-sociaux</p> <p>Des conventions de partenariat sont signées avec les IDE libéraux, les kinésithérapeutes, les sages-femmes, les psychologues, les orthophonistes, les ergothérapeutes, les diététiciens...</p> <p>L'HAD SSV a établi des conventions avec les prestataires de matériels</p>

Convention de partenariat avec le syndicat des pharmaciens du Var et avec les pharmacies hospitalières des établissements partenaires

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 (A).

2. Avis prononcés sur les thématiques

3. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

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

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

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

5. Suivi de la décision

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

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

PROGRAMME DE VISITE

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

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

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

1. Liste des thématiques investiguées

MANAGEMENT
Management de la qualité et des risques
PRISE EN CHARGE
Droits des patients
Parcours du patient
Dossier patient
Management de la prise en charge médicamenteuse du patient
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	Personne âgée	HAD Toulon	PEC des soins au retour de réadaptation au domicile	HAD	Simple	HAD
2	Adulte	HAD La Seyne sur mer	pathologie grave et évolutive	HAD	Complexe	HAD

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS PAR THÉMATIQUE

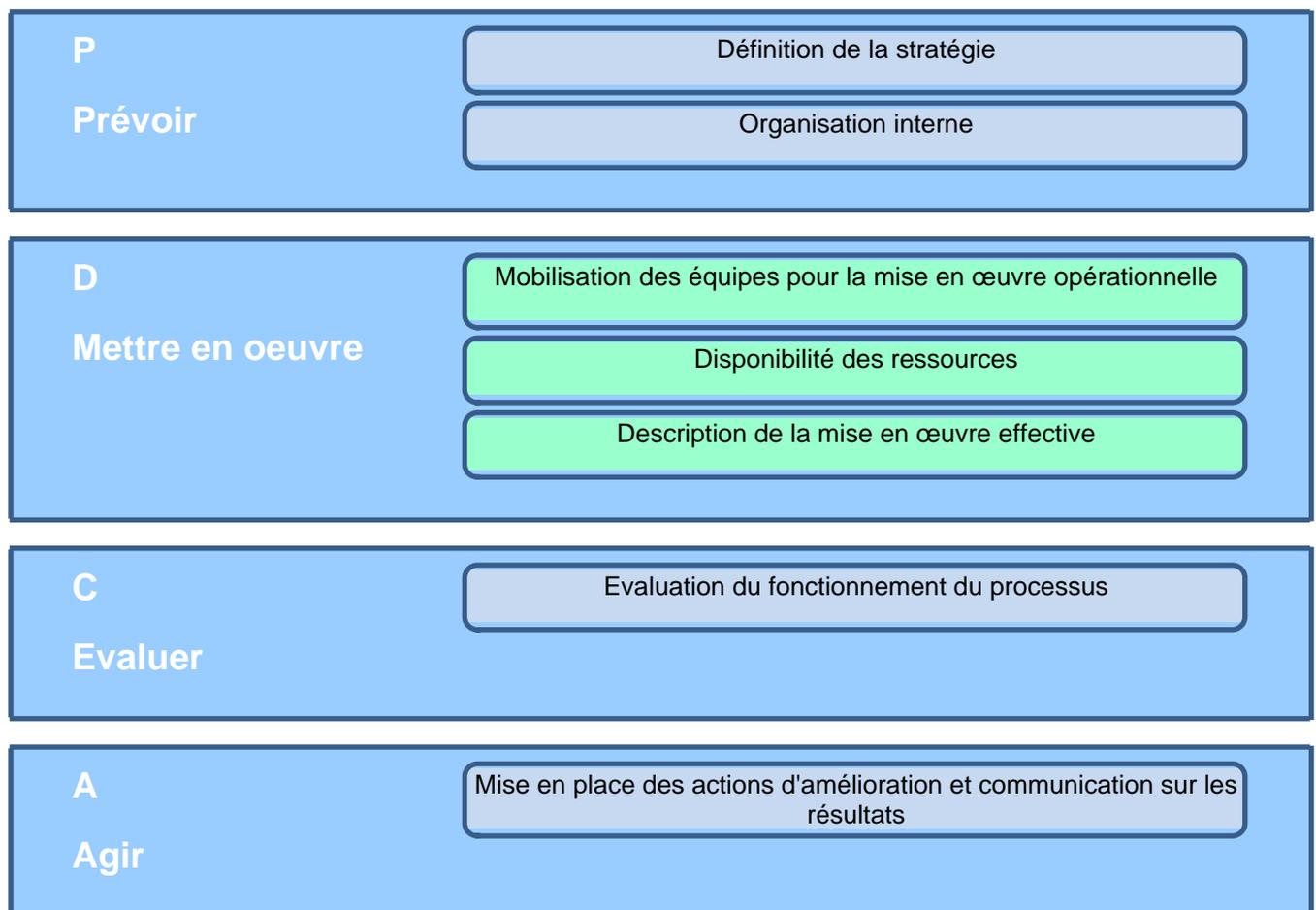
MANAGEMENT DE LA QUALITÉ ET DES RISQUES

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

L'association Santé Solidarité du Var, association de loi 1901 sans but lucratif a été créée en 1982. Elle regroupe un secteur sanitaire composé de trois antennes HAD Toulon depuis 1983, Brignoles (2007), La Seyne sur Mer (2012), et un secteur médico social composé de SSIAD et d'une équipe spécialisée Alzheimer.

L'association Santé Solidarité du Var a identifié ses besoins et analysé ses risques et a formalisé sa politique qualité. Cette politique qualité/gestion des risques fait partie intégrante du projet d'établissement 2013-2017 en lien avec le CPOM et ses orientations stratégiques et s'inscrivant dans le PRS. L'ensemble des projets sont validés par les instances notamment la CME et la CDU. Ce projet est en cours d'évaluation en vue de son renouvellement.

L'Association Santé solidarité du Var s'est engagé dans une démarche qualité depuis 2003. Sa politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins constitue une priorité institutionnelle et managériale de l'association. Un manuel qualité afin de décrire la démarche de l'association est évolutif depuis 2011. La politique qualité est réalisée pour deux années avec une évaluation annuelle.

Cette politique qualité est donc régulièrement actualisée, selon l'évolution des dispositions légales, les résultats des contrôles externes, des résultats des certifications, des démarches de progrès internes, EPP, suivi des IPAQSS, suivi des FEI, plaintes et réclamations, questionnaires de satisfaction, patients traceurs, bilans des programmes d'action des instances, des commentaires et participation des membres de la CDU.

Elle s'articule autour de 8 grandes orientations : approfondir la démarche qualité et la sécurité des soins, sécuriser la prise en charge médicamenteuse, améliorer la qualité et la sécurité des soins, développer et coordonner les évaluations de pratiques professionnelles et le Développement professionnel continu (DPC), promouvoir la connaissance et le respect des droits de patients, développer le bien-être et la sécurité au travail, promouvoir une démarche de développement durable, poursuivre la mise sous assurance qualité du système d'information.

L'HAD SSV a réalisé une cartographie des risques. Celle-ci repose sur une définition des processus concernant l'établissement (12 processus), et leur analyse selon deux approches méthodologiques: le PDCA et une hiérarchisation à partir de l'échelle proposée par la HAS.

Ces axes sont développés en objectif déclinés dans un plan d'action qualité formalisé avec pilotes, actions, délais. Les actions sont suivies à rythme régulier et des indicateurs sont développés. Ce PAQSS regroupe l'ensemble des PAQSS constitués par chaque instance.

Une politique et une stratégie d'Évaluation des Pratiques Professionnelles 2016/2017 initiée pour la première fois en 2012 est définie, suivie et fait partie intégrante de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et également du Développement Professionnel Continu (DPC).

Cette politique prend en compte les objectifs à atteindre, l'organisation et la méthodologie et la communication des EPP

Le compte qualité est alimenté à partir du PAQSS avec un choix d'intégration stratégique (réalisé en comité de pilotage) de priorisation des risques liés à la prise en charge en HAD.

Une stratégie de communication est en place. Des tableaux de bord et des indicateurs par action sont développés, suivis et communiqués aux instances ainsi qu'aux professionnels lors des réunions, l'intranet, communiqués qualité..... L'information a été renforcée pour la procédure de certification V2014 et plus particulièrement sur le compte qualité et l'analyse par processus et a été dispensée par le service qualité par les mêmes supports que ceux cités ci-dessus.

Un document « la certification pour les nuls » a été largement diffusé auprès des professionnels, représentants des usagers. La réunion annuelle de l'association a dans son ordre du jour fait un point sur la V2014 et la certification...

ORGANISATION INTERNE

La démarche qualité et gestion des risques est pilotée par la Commission qualité, gestion des risques et sécurité des soins (CQGDRSS)

Ce comité est chargé de valider le projet qualité, l'organisation de la procédure de certification et du compte qualité, d'évaluer le programme qualité/gestion des risques, d'assurer le développement de la culture qualité et le conseil des praticiens et professionnels en matière de développement des démarches qualité, de formuler les recommandations utiles et d'étudier la sécurité du système d'information et du suivi des incidents de sécurité. Cette commission est composée de 14 membres, acteurs clés de l'établissement tous pilotes de processus. Si besoin, elle peut s'adjoindre toute personne compétente.

Son règlement intérieur est établi.

D'autres politiques sont annexées à la politique qualité, gestion des Risques et Sécurité des Soins et concourent à son développement à savoir

* La politique de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse,

- * La politique de mise en œuvre et de développement des évaluations de pratiques professionnelles,
- * La politique de prise en charge de la douleur,
- * La politique d'identitovigilance,
- * La Politique de qualité de vie au travail,
- * La politique de gestion du risque infectieux.

Un service qualité constitué d'un Responsable Qualité/Gestion Des Risques et d'un assistant qualité assure l'amélioration continue et le suivi de la qualité et gestion des risques par diverses actions telles que:

- le suivi des actions d'amélioration de qualité et gestion des risques par le biais des diverses instances internes,
- le suivi de la gestion documentaire informatique et en version papier,
- l'encadrement interne pour l'audit IPAQSS, le compte qualité et l'audit du patient traceur,
- le suivi des événements Indésirables,
- la communication qualité par le biais de communiqués qualité, d'informations mises en ligne sur le site Internet de SSV, de mailing et de participation à des événements nationaux (par exemple la semaine de sécurité du patient,
- le suivi de la démarche de certification,
- la réalisation des bilans des questionnaires de satisfaction et des événements indésirables.

Leurs fiches de poste sont en place.

Pour chaque processus défini, un pilote et un copilote ont été désignés. Leur fiche de mission est en place, les objectifs à atteindre sont de renseigner le compte qualité, de piloter le processus, de préparer à la visite de certification. Leur formation à la démarche a été assurée par un organisme extérieur.

L'implication des usagers à la démarche se traduit par leur présence à différentes instances : CDU, CLIN, commission CREX, conseil dans l'aménagement des locaux (accessibilité)...

La déclaration des événements indésirables est favorisée et permet d'alimenter le PAQSS. Un dispositif de déclaration est disponible dans la GED sur le site intranet, connu et utilisé par les différents professionnels. Une charte d'incitation au signalement comprenant un axe de non punitivité est en place ainsi qu'une procédure de déclaration. Les fiches sont analysées puis hiérarchisées et intégrées au PAQSS. Une commission CREX présidée par la pharmacienne se réunit tous les mois. Cette commission dispose d'un règlement intérieur précisant les objectifs des CREX et l'organisation du dispositif d'analyse (calendrier, rôle des intervenants...).

Des GANTT sont initiés et font l'objet d'un plan d'action du compte qualité. Ils recueillent également un tableau des indicateurs par processus.

Un registre des plaintes et réclamations est en place. Leur analyse alimente le PAQS

Au regard de ses missions et des risques identifiés, l'établissement organise la réponse à ses besoins en ressources humaines, matérielles et documentaires nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés.

L'organisation a prévu les effectifs, les compétences et la formation nécessaire (formations aux équipements, formations cliniques....)

L'établissement a développé une stratégie de formation aux démarches qualité /gestion des risques. Les qualitiens sont formés aux outils et méthodes notamment à l'audit interne et à la méthode Orion. Des soutiens ponctuels notamment par les prestataires sont également organisés. Un intervenant extérieur a été sollicité pour former les pilotes de processus au compte qualité et au pilotage des processus. Les professionnels de l'HAD ont été formés à la GED.

Concernant la gestion documentaire, une procédure des procédures est en place. L'ensemble de la documentation a été révisée en se fondant sur les processus de la V2014 et le PDCA.

Les procédures sont formalisées et à disposition des professionnels grâce à un logiciel dédié dans un espace informatique partagé et sécurisé. La diffusion, des tableaux de bord et des indicateurs, des fiches de signalements est assurée par les mêmes supports, ou lors des différentes réunions.

Le matériel informatique et l'équipement en smart phone nécessaire sont prévus pour l'accès à la gestion documentaire électronique et aux informations diffusés par mail.

Une stratégie de communication des démarches qualité est développée. La gestion des interfaces est organisée pour faciliter la concertation entre professionnels et secteurs d'activité. L'articulation entre les instances qualité, les instances institutionnelles, les groupes de travail en lien avec les processus, sont réalisées lors des différentes réunions, staff, réunions organisationnelles hebdomadaires, réunions ponctuelles sur thème faisant l'objet d'ordre du jour et de comptes rendus.

De plus, les relais sur les antennes auprès des professionnels sont assurés par la cadre de santé et la cadre administrative responsable de l'antenne.

La représentation et la participation des mêmes professionnels aux différentes instances dont les instances qualité de l'établissement favorisent cette gestion. La qualitiennne est invitée à la CME ce qui favorise l'information sur l'avancée des démarches qualité/gestion des risques.

Les membres du CODIR qui se réunit tous les deux mois sont quasiment les mêmes que ceux du CQGDRSS (sauf l'IDE Hygiéniste, le responsable du SI et la secrétaire chef). Un point sur le PAQSS est fait systématiquement lors de ces réunions.

Des points qualité, EPP, procédures sont également examinées lors des différentes instances de l'établissement.

Les vigilances sont en place. La communication est assurée par des affichages dans les services à disposition des professionnels et des usagers, et à disposition sur le site intranet.

La gestion de crise est en place et actualisée (plan blanc, cellule de crise), L'établissement prévoit des

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

La déclinaison de la démarche qualité gestion des risques repose sur une concertation et l'implication de l'ensemble des professionnels et est développée dans chaque antenne de l'HAD.

La majorité des professionnels est mobilisée soit par leur participation au pilotage (cadres, médecins), au groupes de travail des processus couvrant les thématiques de la V2014, au CQGDRSS (ou les cadres des antennes et médecins coordonnateurs sont représentés), aux instances et lors de la commission CREX

Les médecins prescripteurs sont également pilotes ou copilotes de processus et membres de la CME qui décide les orientations et relayent également l'information sur les antennes.

Des réunions de coordination, pilotées par la cadre de santé sont organisées auprès des Infirmières coordinatrices, IDE de suivi, aides soignantes et dans les différentes antennes.. Elle permettent des points d'information et d'actualisation des données.

Des actions correctives sont identifiées en cas de besoin, (dysfonctionnements, baisse des résultats des indicateurs, fiche d'évènements indésirables, baisse des items des questionnaires de satisfaction). Des crex suite à une revue des FEI et un choix stratégique sont en place et selon la méthode orion sont initiés avec les professionnels concernées et animés à tour de rôle par les professionnels « analystes » assistés de la cellule qualité.

Les thèmes qualité peuvent également être directement définis, présentés, relayés lors des différentes réunions hebdomadaires une fois par semaine dans chaque antenne.

Un accompagnement est réalisé par la cellule qualité : diffusion de document, sensibilisation, soutien méthodologique, participation au comité pilotage à la CME, au CODIR...

Les infirmières libérales intervenant dans le cadre de l'HAD sont également impliquées dans les démarches qualité/gestion des risques de l'HAD soit par la participation à des formations avec les professionnels de l'HAD, soit par des rencontres hebdomadaires et des demandes d'information sur le patient une fois par semaine.. Un guide du partenariat est à leur disposition et conditionne leur intervention. On peut noter que pour beaucoup d'entre elles, elles étaient auparavant des professionnelles de l'HAD et ont donc connaissance des démarches.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences, matériel et documentation sont disponibles dans les secteurs d'activité.

L'établissement assure la sensibilisation et la formation des professionnels à la qualité et gestion des risques lors des réunions institutionnelles, par l'accompagnement soutenue des équipes par la cellule qualité, les cadres administratifs, la cadre de santé et les médecins coordonnateurs et par les relais assurés par les pilotes de processus.

L'établissement a recours ponctuellement à des intervenants extérieurs en fonction des besoins ou des projets en cours. Cette formation peut être axés sur les matériels mais aussi plus généralement sur les démarches qualité/gestion des risques. Ainsi 20 analystes à la méthode Orion ont été formés et animent les CREX. Les infirmières libérales peuvent participer aux formations organisés par l'HAD (dossier de soins, gestion des déchets, traçabilité des données ...)

L'ensemble du système d'information concourt à l'information des professionnels et des usagers. Le dispositif de gestion documentaire est informatisé et sécurisé et à disposition de tous les professionnels. Les protocoles et procédures, les comptes rendus des différentes commissions ou instances, sont accessibles informatiquement. Il en est de même pour les résultats des audits, indicateurs, tableaux de bord, fiche de signalement... L'informatisation de l'établissement est bien développé et permet de multiples accès informatique. L'établissement s'est engagé dans la démarche hôpital numérique et recueille les indicateurs.

Compte tenu de la spécificité du dispositif HAD, les intervenants au domicile disposent de smart phone ou ils peuvent récupérer certaines informations

Les nouveaux arrivants sont formés aux outils et à la documentation qualité et gestion des risques.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les secteurs d'activité mettent en œuvre les organisations prévues pour le fonctionnement et le management du processus qualité gestion des risques. Des objectifs opérationnels sont déclinés dans les antennes en fonction des risques spécifiques à l'HAD et en prenant en compte la spécificité de chaque antenne (sociodémographique par exemple).

Les équipes sont régulièrement informés de la politique qualité/gestion des risques de l'établissement et des outils qui en découlent soit :

* par la messagerie de l'intranet. Chaque personnel dispose d'un accès sécurisé et des messages d'alerte sont effectués (ordinateur, smart phone, communiqués qualité)....

* par le dispositif intranet ou sont disponible l'ensemble des documents : protocoles , compte rendu de réunion, crex, bilan, audit...

* par la participation aux instances, réunions, pilotage de processus, commission CREX dans lequel participe les professionnels.

Concernant la commission CREX qui se réunit 10 fois par an, elle est composée d'un socle fixe de représentant de chaque catégorie professionnelle et d'invités en fonction du thème développé. A noter que la direction ne participe pas au CREX afin de ne pas interférer dans l'analyse du dysfonctionnement.

Cette commission présidée par la pharmacienne, passe en revue les FEI du mois, vérifie la cotation, décide d'un évènement à approfondir et choisit l'analyste qui pilotera le CREX.

Au CREX suivant, l'analyse du dysfonctionnement est réalisée, des propositions et des choix d'action sont faits (protocole, procédure...) Par exemple, des thèmes portant sur l'absence de tubulures de nutrition entérale ou oubli de commande des poches de nutrition entérales par l'IDEL, retrait du matériel... ont été analysées.

Le relai est ensuite réalisé dans les instances et intégrée au PAQSS de l'instance concerné et au PAQSS général de l'établissement.

Suivant les thèmes, des GANTT sont également proposées.

* par le développement de l'information ascendante et descendante via les cadres , les pilotes de processus et les médecins coordonnateurs.

La gestion des plaintes et réclamations, y compris les plaintes orales est protocolisée.

Les usagers sont impliqués dans la démarche qualité de l'établissement par leur participation au conseil de surveillance, du CLIN, au. compte qualité , CREX. La cdu est informée des demandes de dossier, des délais de réponse des résultats des questionnaires de satisfaction, des plaintes, réclamations, des CREX ...,

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'évaluation des démarches est réalisée en continu lors des différentes réunions qui font l'objet de compte rendu.

L'établissement recueille les indicateurs nationaux IPAQSS et les indicateurs hôpital numérique. Il recueille également des indicateurs par objectifs définis dans la PAQS. Les actions d'amélioration sont suivies par la cellule qualité. Des tableaux de bord sont en place permettant le suivi du PAQSS. Un guide de remplissage de ces tableaux est en place.

Des bilans des FEI, plaintes, CREX sont en place. Des questionnaires de satisfaction sont réalisés auprès des patients et familles et leur évolution par taux est suivie.

Le PAQSS est évalué annuellement. Des questionnaires de satisfaction sont également adressés aux personnels de SSV, aux partenaires logistiques, aux médecins traitants et hospitaliers ainsi qu'aux autres libéraux (infirmières et kinésithérapeutes).

La GED est organisée en thème et onglet. Un référent est désigné par onglet afin d'en assurer le contrôle, le suivi et la diffusion. Leur mission est définie dans la GED.

Les professionnels participent à la définition et au suivi des indicateurs, des audits ciblés sont réalisés (dossier par exemple...) La méthode d'audit « patients traceurs » a été réalisée pour 10 patients.

A / AGIR

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

Le suivi des actions d'amélioration conduit à réexaminer les risques afin de déterminer d'éventuelles mesures complémentaires. Les actions mises en œuvre sont intégrées et articulées avec les PAQSS des instances puis le programme d'actions institutionnel et permettent de réajuster la politique. Des actions d'amélioration ont été développées.

Des supports et modalités de diffusion sont établies. La communication interne et externe des résultats est réalisée, notamment auprès des professionnels et des usagers. Les résultats d'évaluations, d'indicateurs, d'audits... font l'objet d'une communication en réunion institutionnelles, ou via les différents supports d'information, logiciel de gestion documentaire, flyers, affiches, communiqués qualité à destination du personnel et des usagés.

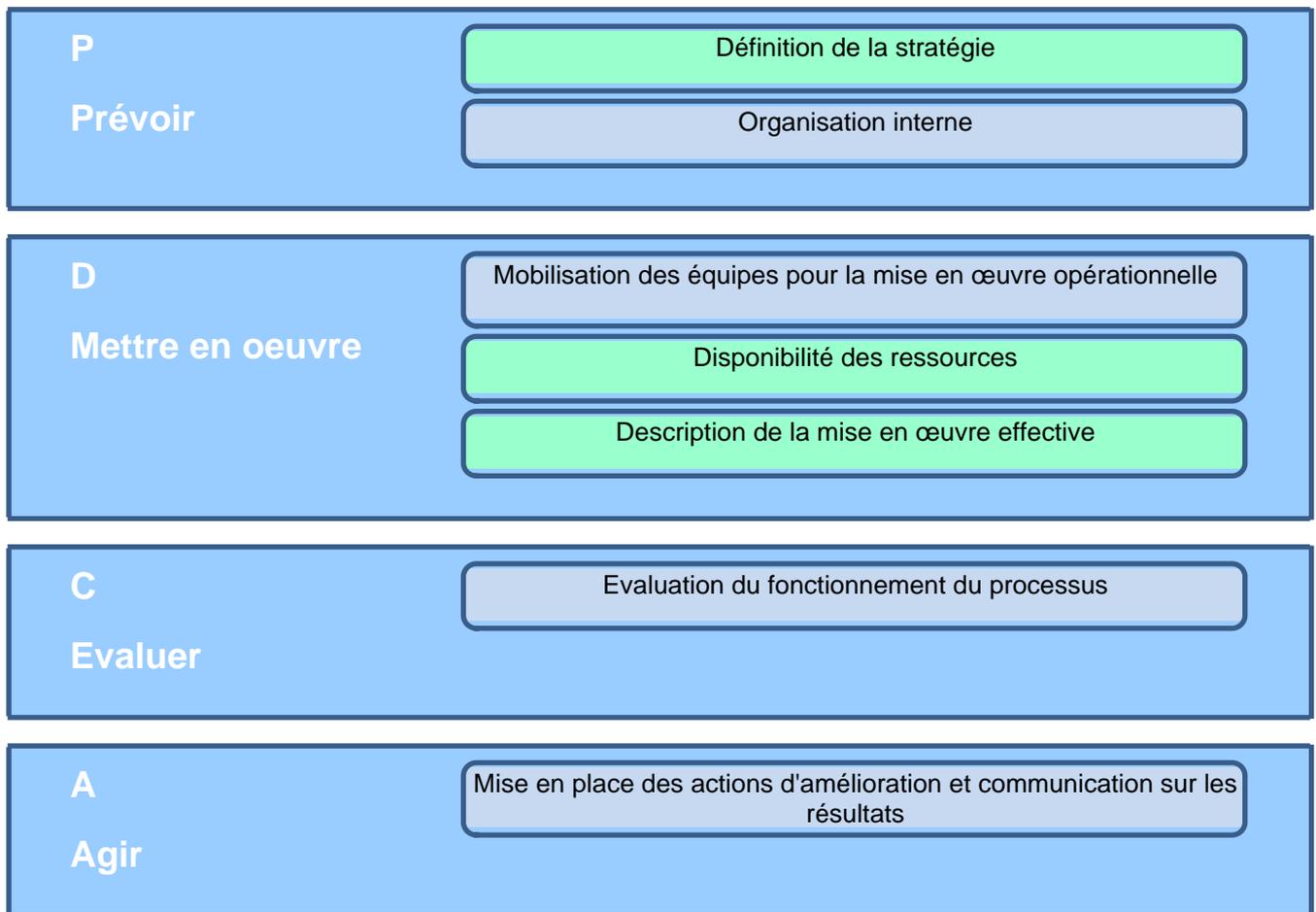
DROITS DES PATIENTS

1. Caractérisation générale

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'HAD Santé Solidarité du Var développe une stratégie en matière de promotion des droits du patient. Cette orientation est transcrite dans le projet d'établissement 2013/2017.

L'établissement a défini des axes principaux d'orientation, notamment :

- la poursuite de la sensibilisation des équipes au respect des droits du patient,
 - la démarche éthique et respect des droits du patient,
 - le développement des formations sur le respect des droits du patient,
- la participation des usagers à la vie du service.

Dans le programme d'amélioration de la qualité-gestion des risques 2016/2018, une thématique spécifique droit des patients est incluse. Elle présente des objectifs au nombre de 4 (respecter les droits du patient, poursuivre les actions de promotion de la bientraitance, respecter les bonnes pratiques en matière de contention, informer le patient sur son état de santé et sur les soins prodigués).

Les axes définis correspondent au contexte de l'établissement, aux spécificités des besoins des patients pris en charge en HAD et à l'exploitation des données disponibles (IPAQSS, questionnaires de satisfaction, événements indésirables, ...). Ces orientations ont été déclinées en objectifs et programme d'actions.

Une cartographie des risques a été réalisée au niveau de l'établissement, à partir de l'analyse du processus droits des patients. Les risques identifiés ont été hiérarchisés en criticité et maîtrise du risque selon les recommandations de la HAS. Les principaux risques au nombre de 5 ont été retenus dans le compte qualité.

Les actions définies lors de l'identification des risques sont intégrées dans le PAQSS institutionnel.

La stratégie de l'établissement, le plan d'action et le compte qualité ont été validés par la commission qualité risques vigilances et par la CDU.

ORGANISATION INTERNE

L'établissement a établi une organisation pour déployer le processus. Le pilotage est assuré par la cadre de santé, nommée référente droit des patients au sein de la structure et la secrétaire de direction. Une fiche de poste précise les objectifs de la mission. Sur le plan opérationnel, elle est assistée dans sa mission par la qualitiennne de l'établissement.

La CDU est installée, deux représentants des usagers titulaires participent à son activité. Les associations d'usagers, actifs dans l'établissement, sont membres du conseil d'administration de l'association. Ils participent à diverses commissions et instances (CLUD, C.A., CDU). Un représentant des usagers préside la CDU. Un comité éthique, en place depuis janvier 2017, est partie prenante de la démarche institutionnelle sur le droit des patients. Son président est le médecin coordonnateur de l'antenne de Brignoles.

L'établissement a identifié ses besoins et ressources pour conduire les actions liées à sa stratégie.

En ce qui concerne les ressources humaines, l'établissement mobilise les ressources humaines nécessaires (qualitiennne, membres de la CDU, temps agent pour participer aux instances et groupes de travail en relation avec le processus droits du patient (commission de réflexion éthique, CDU, groupes de travail).

Le plan formation de l'établissement intègre des actions relatives aux droits des patients correspondant aux orientations de l'établissement dans ce domaine (bientraitance, refus de soins, soins palliatifs, douleur...).

Il peut également être recouru à des compétences spécifiques en cas de besoin (assistante sociale, EMSP de l'hôpital d'instruction des armées Saint Anne de TOULON, psychologue, ...).

Sur le plan documentaire, le système de gestion électronique des documents permet d'accéder facilement aux procédures (directives anticipées, désignation de la personne de confiance, consentement du patient ...), aux comptes-rendus de réunions (CDU, instances...) ainsi qu'à des documents supports et d'accompagnement (fiches de désignation de la personne de confiance, directives anticipées, ...). Les professionnels libéraux peuvent accéder aux principales procédures et protocoles sur une partie dédiée et par accès avec mot de passe.

Sur le plan matériel, la HAD prend en compte les situations particulières liées à la configuration des logements ne permettant pas toujours un respect de la dignité et de l'intimité du patient par rapport à son entourage. Ce point est pris en compte lors de la décision d'admission et dans le choix des matériels mis à disposition notamment dans le cas d'installation, par nécessité, du lit du malade dans les lieux de vie de l'habitation. Les véhicules de l'établissement comportent une sérigraphie au nom de la HAD ; cependant, si besoin et à la demande du patient, l'utilisation d'un véhicule sans identification est possible.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Pour assurer la mobilisation des personnels, l'établissement déploie des actions de sensibilisation et de formation. Il est relevé l'engagement collectif des équipes à identifier les dysfonctionnements et les événements indésirables et ainsi participer aux démarches d'amélioration (participation aux traitements des EI, traçabilité de la douleur, information des patients sur leurs droits ...).

La mobilisation de l'établissement sur la mise en œuvre des nouveaux textes relatifs à la CDU et aux directives anticipées a fait l'objet d'une démarche de mise en place des nouvelles organisations et procédures.

Une typologie commune aux plaintes, réclamations et événements indésirables a été établie. Elle permet de classer et suivre l'évolution des différents types de sollicitations.

En cas de dysfonctionnement, de signalements d'événements indésirables ou d'observations relevées dans les questionnaires de satisfaction, des actions correctives sont identifiées avec la participation des usagers, des professionnels et intégrées au programme d'actions.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les ressources en compétences (effectifs et formations) pour conduire le processus des droits des patients, sont disponibles au sein de l'établissement. Les personnels médicaux, soignants et administratifs sont présents pour offrir une prise en charge personnalisée et adaptée au patient, ainsi qu'un soutien effectif à son entourage.

Les personnels bénéficient de formations en matière de connaissance et de respect des droits des patients qui portent notamment sur la bientraitance et qualité de vie au quotidien et les soins palliatifs.

La procédure sur le signalement des actes de maltraitance est connue des professionnels mais aucune situation n'a justifié sa mise en œuvre. De nombreuses chartes sont également à disposition (charte bientraitance, charte des professionnels de santé...).

Concernant la gestion documentaire, l'accès des documents relatifs à cette thématique par les libéraux est possible avec un mot de passe.

Les documentations destinées aux patients (livret d'accueil, fiches de désignation des personnes de confiance, recueil des directives anticipées, consentement, ...) sont à la disposition des professionnels.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Le plan d'action qualité et gestion des risques afférent au processus droits des patients est mis en œuvre. Les professionnels intervenants au domicile appliquent les règles de respect de dignité et d'intimité décidées lors des réunions de coordination.

Les représentants des usagers ont participé à l'élaboration de la stratégie qualité de l'établissement. Ils sont effectivement présents et actifs au sein de la CDU et participent à d'autres commissions ou instances (CA, CLUD...).

La possibilité pour le patient de saisir la CDU est mentionnée au livret d'accueil qui lui, est remis lors de son admission.

La CDU (et la CRU antérieurement) se réunit dans les échéances fixées par les textes et en fonction des besoins. Pour exemple : En 2016, une CDU extraordinaire « visite de certification 2014/processus à valider » a eu lieu.

Un bilan des signalements d'événements indésirables, ainsi que le bilan des plaintes et réclamations sont présentés lors du bilan annuel de la CRU. Elle émet des recommandations. Les représentants des usagers sont assidus aux réunions de la CRU et sont consultés sur les projets en cours.

Une organisation est mise en place pour assurer au patient une information suffisante sur ses conditions d'hospitalisation. L'information du patient hospitalisé est assurée par les infirmières de suivi et les IDEC. Le livret d'accueil est remis à chaque patient hospitalisé (indicateur de remise de livret d'accueil à 100%). Un document spécifique « zoom sur vos droits » est donné lors de la visite d'admission.

L'infirmière de suivi ou l'IDEC élabore le plan de soins avec le patient. Il est informé, à cette occasion, des dispositifs mis en place pour lutter contre la douleur (remise d'un document spécifique).

La gestion des plaintes et réclamations ainsi que les demandes d'accès au dossier médical sont assurées par la secrétaire de direction. Des procédures sont en place (mai 2014).

L'établissement s'attache à respecter les temps de vie des patients à leur domicile dans la planification des soins notamment d'hygiène.

Tout au long de la prise en charge, les professionnels recueillent les informations concernant les patients qu'ils tracent dans le dossier. Les problématiques de prises en charge sont abordées en transmissions orales pluridisciplinaires et en réunion de synthèse hebdomadaire, afin de faciliter la participation de l'ensemble des intervenants (assistante sociale, psychologue...).

En termes de confidentialité, les règles professionnelles sont connues et appliquées afin de garantir le respect de la confidentialité des informations transmises. Une réflexion a été menée sur le respect de la confidentialité en ce qui concerne les éléments du dossier patient notamment le dossier chevet.

L'organisation en place permet le recueil du consentement éclairé du patient, de la personne de confiance, des directives anticipées et des besoins spécifiques. L'établissement a modifié ses

organisations, ses procédures et documents pour répondre aux nouvelles exigences réglementaires sur les directives anticipées.
Un dispositif personnalisé d'information du patient sur son état de santé est initié.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'établissement assure régulièrement l'évaluation de la satisfaction des patients via l'exploitation du questionnaire de sortie qui comprend plusieurs items en lien avec le respect des droits du patient. Le taux de retour des questionnaires, 33% en 2016, permet une exploitation statistiquement représentative du degré de satisfaction des usagers. Le bilan de ces retours est analysé annuellement en CDU ainsi que la totalité des informations disponibles dans le domaine du droit des patients (événements indésirables, plaintes et accès au dossier...). Il est procédé à cette occasion à la mise en place d'actions d'amélioration en fonction des résultats obtenus et des orientations nouvelles de l'établissement. D'autres évaluations notamment les audits, recueils d'indicateurs (nombre de CDU, nombre de livrets d'accueil remis au patient...), permettent d'objectiver le respect des droits des patients dans les pratiques.

L'exploitation des données est réalisée sur la base de tableaux de suivi intégrant des indicateurs nationaux. L'ensemble de ces éléments sont repris dans le rapport annuel de la CDU. Des patients traceurs ont été menés sur les 3 sites et ont permis une évaluation. Il est en projet la poursuite des audits par les patients traceurs. Les visites à domicile au nombre de 13, réalisées par les experts-visiteurs ont permis d'évaluer le processus des droits des patients.

A / AGIR

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

La politique des droits du patient est réajustée périodiquement à partir du bilan annuel réalisé par la CDU. L'analyse des résultats et des évaluations, permet de finaliser un plan d'actions intégré dans le PAQSS et réévalué chaque année.

Les actions d'amélioration sont suivies dans le cadre du PAQSS par la qualitiennne. Les évolutions sont présentées en réunion de la CDU et lors des réunions CQGRSS.

La communication des résultats est réalisée au niveau de la CDU, du CQRV, de la CME et des professionnels par les « communiqué qualité ». La communication réglementaire à l'intention des usagers concernant les valeurs des indicateurs IPAQSS est effective. Les professionnels sont informés lors des réunions soignantes.

PARCOURS DU PATIENT

1. Caractérisation générale

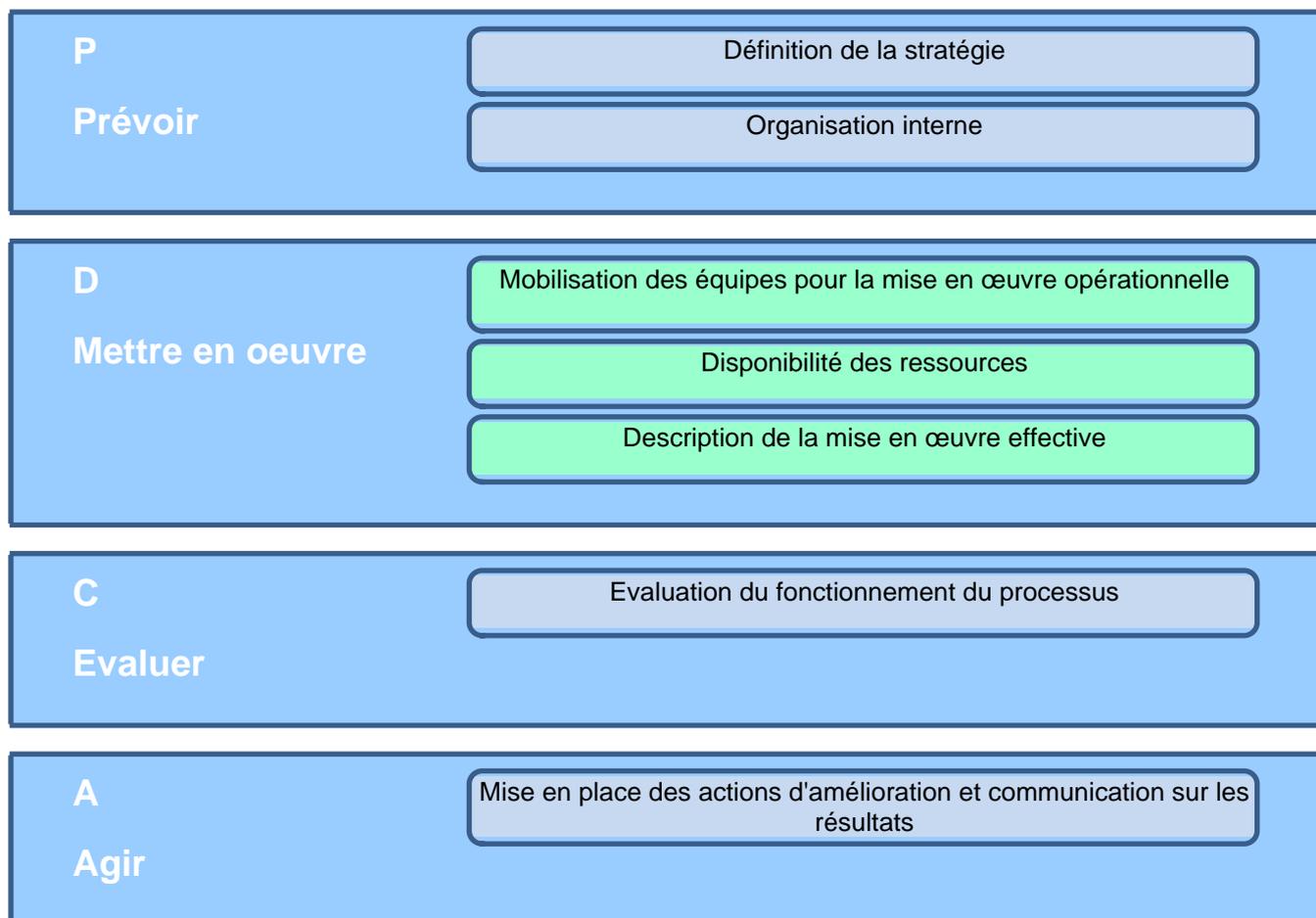
L'évaluation de cette thématique vise à promouvoir et organiser les parcours du patient en établissement de santé en ce qu'ils contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge des patients et à améliorer l'efficacité des soins. Le parcours de soins concerne le management de l'établissement et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

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

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



Non défini
Fonctionnement de base
Défini
Maitrisé
Optimisé

P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

Les orientations stratégiques de l' HAD Santé et solidarité du VAR (SSV) sont en adéquation avec celles définies dans le CPOM:

- Améliorer l'accès aux soins en HAD en couvrant l'ensemble des zones d'intervention fixées par les autorisations;
- Préserver et entretenir le caractère polyvalent du service;
- Poursuivre le développement de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, des soins palliatifs en fin de vie, de la cancérologie, de la périnatalité, de la médecine physique et ré adaptative à domicile et des affections neurologiques évolutives ou post-traumatique;s
- Continuer à développer les coopérations et l'activité avec les établissements médico-sociaux sur le Var-Ouest;
- Prévoir et susciter avec l'ensemble des acteurs du territoire une réflexion en vue de construire, entre les professionnels de santé du secteur ambulatoire et les établissements de santé, une prise en charge continue et organisée de la population environnante.

L Établissement a identifié ses besoins et analysé ses risques grâce au suivi des indicateurs nationaux et de ses propres indicateurs, des évaluations internes, de l'étude des patients traceurs, de l'analyse des fiches d'événements indésirables ainsi que les CREX (comité de retour d'expérience) et des EPP indirectement concernées par ce processus.

Neuf risques principaux ont été identifiés dans le Compte Qualité portant sur les défauts d'évaluation des patients, les relations avec les partenaires libéraux, le projet de soin personnalisé, l'éducation thérapeutique, le document de sortie, la continuité et la coordination des soins. Ces risques ont été priorisés suivant la méthode proposée par l'HAS associant fréquence, gravité et niveau de maîtrise. Ils ont été sélectionnés par les professionnels sur proposition du pilote.

Des plans d'action prioritaires ont été établis pour chacun des risques identifiés dans le compte qualité avec un responsable désigné, un calendrier et une échéance. Ces actions sont intégrées au PAQSS (Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins).

On retrouve dans le projet d'établissement 2013/2017 réalisé par les professionnels, accessible sur le site Internet de SSV, des objectifs et priorités d'action en particulier dans le projet médical, le projet de soin et le projet qualité avec entre autres: améliorer la réactivité lors des demandes d'admission, poursuivre le développement dans les EHPAD et intégrer les foyers et maison d'accueil pour handicapés, poursuivre l'informatisation au chevet patient, optimiser le suivi du patient au domicile en lien avec les intervenants, assurer une formation pluridisciplinaire à la démarche palliative à tous les soignants, améliorer la prise en charge en cancérologie et en périnatalité et développer les liens avec les réseaux. Cette stratégie a été validée par les instances. Un bilan de Projet d'établissement vient d'être réalisé.

ORGANISATION INTERNE

Il n'y a pas de groupe de travail spécifique correspondant à ce processus, cependant ce thème étant transversal, des réunions régulières sont organisées avec les autres pilotes de processus et la direction permettant l'adéquation des ressources et notamment, des compétences (qualitatives et quantitatives) aux besoins des prises en charge.

Le pilote du processus est la directrice des soins assistés de trois copilotes. Ils disposent de fiche de mission.

Les ressources humaines (nombre, compétence) sont identifiées en fonction des besoins, des risques et de la réglementation. L'établissement a dû réaliser entre 2007 et 2017 un important effort de recrutement pour répondre à l'augmentation de son nombre de places qui est passé de 75 à 220. Il fait également appel aux professionnels libéraux (infirmières, kinésithérapeutes...) avec lesquels il formalise une convention.

Le plan de formation prend en compte les besoins spécifiques de ce processus (gestion des urgences vitales, soins palliatifs, prise en charge de la douleur, soin technique...).

Il existe une procédure précisant les modalités d'accompagnement des nouveaux arrivants avec une présentation de la gestion documentaire, une formation en hygiène, la délivrance d'un livret d'accueil spécifique, l'utilisation de l'outil informatique, la logistique et la remise du règlement intérieur. Les nouveaux arrivant sont tutorés durant quelques jours.

Des évaluations sont effectuées en cas de signalement d'augmentation de la charge de travail permettant des ajustements: par exemple infirmiers de garde la nuit sur le site de Toulon.

L'association SSV dispose de locaux adaptés sur ses trois sites permettant d'intégrer le secrétariat, la direction et les services administratifs, les salles de réunion, la logistique et une salle de formation ouverte au personnel de SSV mais aussi vers l'extérieur aux professionnels de santé (SSV est agréé comme un organisme de formation par l'OGDPC).

Un important parc automobile en location permet d'assurer le déplacement des équipes soignantes et de la logistique.

La gestion documentaire (GED), accessible sur l'intranet, permet d'accéder à l'ensemble des procédures encadrant tout le parcours du patient de la pré admission à sa sortie ainsi que la liste des partenaires et leurs conventions contractées avec SSV.

Il existe un schéma directeur du système d'information intégrant les nouvelles technologies facilitant le partage d'information entre les sites, le siège central à Toulon et les professionnels au domicile des patients.

Des conventions régissent les interfaces avec les hôpitaux partenaires, le syndicat des pharmaciens du Var, les laboratoires permettant de faciliter les interfaces.

D / METTRE EN ŒUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Il existe trois secteurs d'intervention: Toulon , la Seyne sur Mer et Brignoles. La direction, le siège administratif et la logistique réside à Toulon. Les deux autres sites étant des antennes en grande partie autonome avec un secrétariat et du personnel dédié dont un médecin coordinateur sur place, et un stock tampon et d'urgence logistique.

La taille de l'établissement permet de faciliter la communication entre l'équipe de direction, les membres de la CME, les infirmières coordinatrices et l'ensemble des professionnels et des prestataires permettant la mise en œuvre des actions d'amélioration.

L'Établissement a organisé 10 patients traceurs permettant au personnel d'identifier les risques propres à leur activité.

Les professionnels ont participé à différentes EPP les intégrant par la suite dans les actions d'amélioration.

Ils sont encouragés à déclarer des événements indésirables.

Le résultat des indicateurs en particulier nationaux sont affichés.

Un programme d'évaluation permet de s'assurer du respect des procédures avec différents audits.

Des CREX sont organisés une fois par mois.

Au regard des résultats les actions correctives sont confiées aux pilotes et à l'encadrement chargés de mobiliser les professionnels.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Il existe une définition de règles de présence et d'un système de garde et d'astreintes afin d'assurer la permanence des soins 24h/24. Au besoin la charge de travail est évaluée et un renforcement des équipes est organisé.

Le médecin traitant restant le pivot de la prise en charge, il décide au besoin, de la nécessité d'avis compétent.

Les professionnels sont formés à l'urgence vitale et aux gestes d'urgence. Le nombre de personnes formées sur ce thème étant un indicateur suivi par SSV. D'autres formations sont réalisées par exemple sur les soins palliatifs, la prise en charge de la douleur, les risques routiers, la formation aux CREX , des conflits au téléphone et de certains gestes techniques...

Le personnel de l'équipe de logistique permet de répondre au besoin de gestion et de transport du matériel et des dispositifs.

Pour les nouveaux arrivants : les nouvelles infirmières sont tutorées trois jours et les infirmières coordinatrices une semaine. Les nouveaux médecins coordinateurs sont accompagnés par la présidente de la CME.

On retrouve dans la GED l'ensemble des procédures concernant le parcours patient. Cette GED est accessible sur l'outil informatique disponible y compris des infirmières libérales à l'aide d'un mot de passe sécurisé. Elle est également consultable sur les smartphones des professionnels. Les procédures sont réactualisées tous les trois ans.

Les locaux des trois sites sont conformes et sécurisés.

Pour les dispositifs au domicile du patient, dont le dysfonctionnement peut entraîner un risque, des conventions sont établies avec les prestataires pour garantir une maintenance 24h/24. Il existe de plus un matériel de secours pour les respirateurs, les matériels d'aspirations, l'oxygène...

Les outils informatiques sont suffisants sur les sites. Le personnel itinérant dispose d'un smartphone fourni par la structure avec une application sécurisée pour communiquer avec les services administratifs, logistiques et les autres soignants et médecins de SSV.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La plupart des patients proviennent des services hospitaliers du secteur. L'association SSV met à disposition des établissements hospitaliers publics et privés, deux agents permettant d'identifier les patients éligibles à l'HAD et de préparer le dossier de pré admission. SSV est capable de mobiliser rapidement ses équipes et ses prestataires et d'admettre, quand le contexte est favorable, les patients

48 h après la demande voire le jour même. Le délai peut être un peu plus important suivant l'importance des équipements à livrer et de la charge de soins.

Conformément à la législation, sont recueillis l'accord du patient, la demande du médecin hospitalier et l'accord de prise en charge du médecin traitant. Le médecin coordinateur vérifie que le motif d'admission correspond bien aux missions de l'HAD. Un entretien est réalisé par une infirmière avec le patient, l'entourage, le service hospitalier pour apprécier son état de santé et définir les besoins en équipement à livrer au domicile du patient. Au besoin une visite est organisée au domicile avant la venue du patient.

Le traitement médicamenteux est recueilli, faxé et inscrit sur le dossier de pré-admission. De même l'infirmière renseigne sur ce dossier le risque suicidaire permettant, si nécessaire, l'intervention de la psychologue de SSV. A la sortie du centre hospitalier, une copie des ordonnances sera annexée au dossier structure. L'ordonnance est faxée à la pharmacie du patient voire à la pharmacie hospitalière pour la dispensation des thérapeutiques qui seront récupérées par l'entourage, par l'infirmière ou livrées par le pharmacien.

Un fax est adressé aux prestataires pour livrer l'équipement la veille ou le jour de l'admission avant l'arrivée du patient.

Le médecin coordinateur dispose habituellement d'une copie du courrier de sortie du médecin hospitalier adressé au médecin traitant.

La prise en charge du patient est ainsi établie en fonction d'une évaluation initiale de son état de santé et de l'ensemble de ses besoins réalisée dans un délai compatible avec les exigences de la prise en charge.

Toutes ses données permettent d'établir par le médecin coordinateur, un projet de soin personnalisé concerté intégrant la relation bénéfice-risque adressé au médecin traitant comprenant le traitement et le détail de l'intervention des différents professionnels.

Si la prise en charge se fait par un cabinet libéral (toujours encadrée par une convention), celui-ci reçoit le détail des soins à effectuer avec leurs cotations.

Lors du retour à son domicile le patient est accueilli par une infirmière de la structure (et suivant la prise en charge par l'infirmière libérale) qui vérifie l'adaptation des équipements livrés par les prestataires et l'équipe de SSV. L'infirmière complète éventuellement le dispositif.

Elle explique au patient le projet de soin et la participation des différents intervenants.

Est remis à cette occasion au patient un livret d'accueil avec les coordonnées de l'établissement joignables H 24, le règlement intérieur, le questionnaire de satisfaction et différents éléments d'information (zoom sur les droits, hygiène et gestion des déchets, sécurisation des médicaments à domicile...).

Le médecin traitant se déplace au besoin au domicile du patient, complète l'évaluation et modifie éventuellement les thérapeutiques.

La prise en charge des patients appartenant à des populations spécifiques est organisée et les équipements livrés permettent la gestion du handicap. Il existe une charte de la personne âgée. L'assistante sociale est sollicitée pour aider les patients démunis. Une procédure encadre la prise en charge des patients à risque en cas de coupure d'électricité.

L'association SSV n'a pas de programme agréé d'éducation thérapeutique mais propose la liste des programmes agréés du territoire.

Des kinésithérapeutes libéraux, ayant signés une convention avec SSV, interviennent au domicile du patient permettant la poursuite des activités de réadaptation.

En cas d'urgence vitale, le patient a accès H24 à une infirmière qui peut se rendre au domicile. Elle peut directement solliciter le médecin traitant ou les services d'urgence par le 15. L'association SOS médecin peut intervenir sur le secteur de Toulon et a signé une convention avec SSV. La nuit ou le weekend, l'infirmière d'astreinte ou de garde (sur le site de Toulon) peut transmettre aux urgentistes le dossier médical informatisé de la structure et ils ont accès au dossier chevet.

Il existe un dépistage et un suivi des troubles nutritionnels tracés dans le dossier patient. En fonction du résultat perfectible de ses indicateurs nationaux IQSS sur ce sujet, l'établissement a développé des techniques adaptées de pesée pour ses patients peu mobilisables.

Il existe une évaluation continue du patient durant son hospitalisation (constantes, douleurs, évolution de l'état de santé).

En cas de prise en charge libérale, l'infirmière libérale réalise un compte rendu hebdomadaire à l'HAD envoyé par mail sécurisé et l'infirmière coordinatrice de

SSV se rend une fois par semaine au domicile pour ajuster la prise en charge.

Des réunions d'équipe sont organisées une fois par semaine avec l'infirmière coordinatrice, l'infirmière de SSV et l'aide-soignante.

Des Staffs sont organisés à périodicité variable suivant l'évolution de l'état de santé du patient avec le médecin coordinateur, l'infirmière coordinatrice et l'assistante sociale et le compte rendu est adressé au médecin traitant.

Il existe une procédure encadrant la sortie du patient, y compris en cas de décès, avec rédaction d'une fiche de liaison et un courrier de sortie qui est adressé au médecin traitant et au médecin hospitalier.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif de suivi et d'évaluation, notamment à l'aide d'indicateurs.
L'établissement suit les indicateurs nationaux IPAQSS.
Il analyse avec la CRU le résultat des questionnaires de satisfaction concernant les patients ainsi que les plaintes et réclamations éventuelles.
Des questionnaires de satisfaction sont également adressés aux personnels de SSV, aux partenaires logistiques, aux médecins traitants et hospitaliers ainsi qu'aux autres libéraux (infirmières et kinésithérapeutes).
Un bilan est effectué annuellement du plan de formation.
Avec le service qualité sont suivis les FEI et le résultat des CREX.
Des EPP avec audits ont concernés les éléments de parcours portant sur le dossier, les gestes techniques, le circuit du médicament dont la gestion des stupéfiants au domicile ou la conformité des piluliers, la gestion de la douleur, le suivi des escarres. la nutrition parentérale...
Des audits ont concerné également la charge de travail par exemple des infirmiers de garde la nuit sur le site de Toulon.

A / AGIR

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

Le programme d'amélioration est ajusté en fonction des résultats des évaluations.
A partir des différentes évaluations des actions ont été mises en place par les pilotes et la direction.
Ceci a concerné la formation des équipes mais aussi des libéraux puisque l'établissement a été agréé pour les programmes de DPC (Développement Personnel Continu).
Un membre des soignant a pu bénéficier d'un DU "plaies et cicatrisation" pour apporter une expertise sur la prise en charge des pansements complexes ou des escarres.
A été créé un Comité d'Éthique permettant d'apporter une réflexion par exemple sur les refus de soin.
Un poste supplémentaire d'infirmier de nuit a permis de renforcer l'équipe sur le site de Toulon.
En vu d'améliorer l'indicateur du dépistage du risque nutritionnel, SSV a demandé à ses prestataires de nouveau équipements permettant de peser les patients non mobilisables. Un CLAN a été constitué.
Des protocoles ont été créés ou réactualisés par exemple sur la pré-admission et l'admission.
La communication des évaluations et des actions est assuré par le journal qualité adressé à tous les professionnels, lors des réunions hebdomadaires soignants et de la grande réunion annuelle des équipes de SSV.

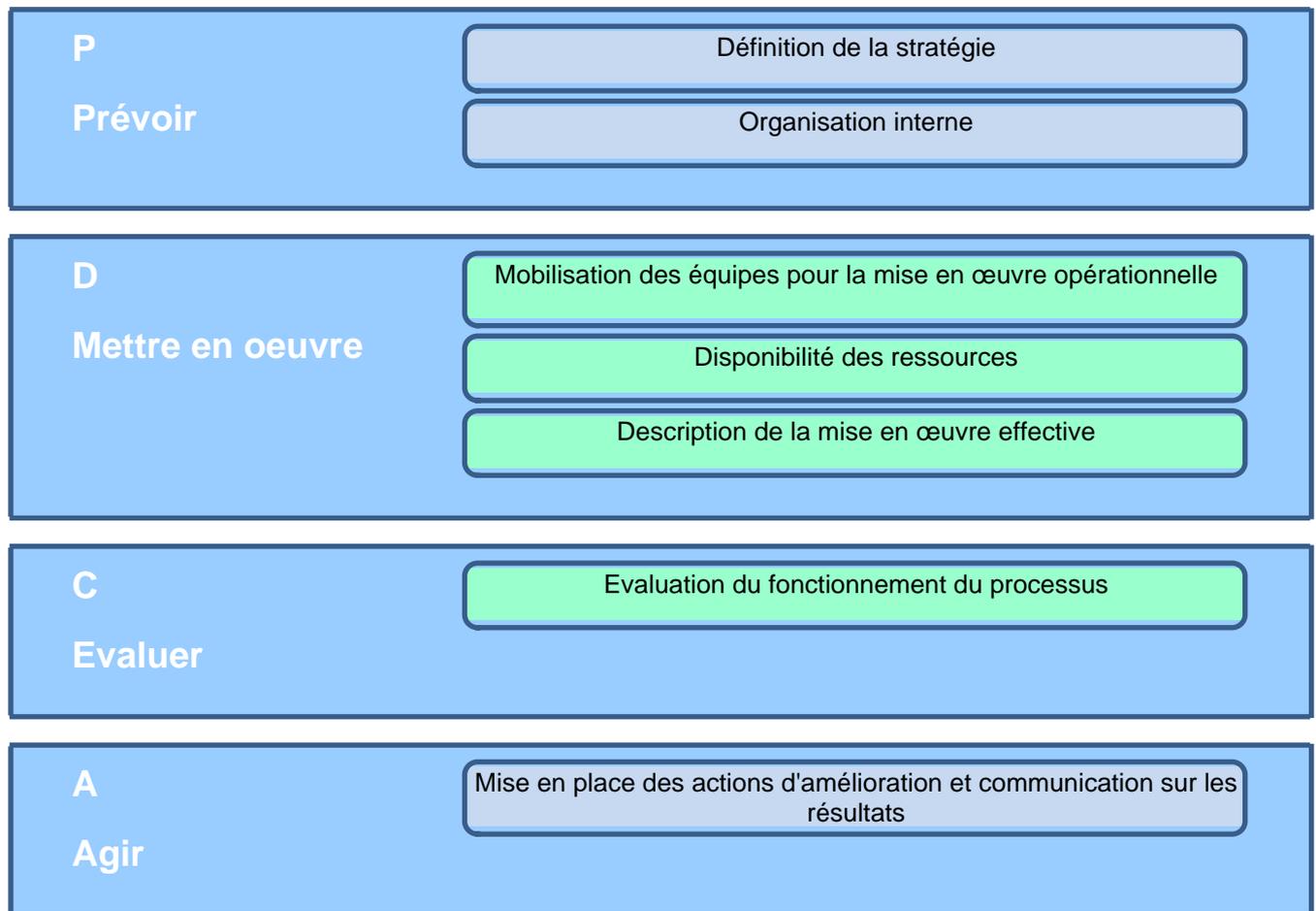
DOSSIER PATIENT

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

La politique de gestion du dossier patient de l'établissement HAD « Santé Solidarité Var (SSV) » est formalisée dans le projet d'établissement 2013/2017.

Elle s'articule autour d'un axe « optimiser le dossier de soins et le suivi du patient au domicile ».

Dans le programme d'amélioration de la qualité-gestion des risques 2016/2018, une thématique spécifique « dossier du patient » est incluse et présente les objectifs: définir une politique de gestion du dossier patient et la communiquer à l'ensemble du personnel, améliorer la tenue du dossier patient en cours de prise en charge. Les axes définis correspondent au contexte de l'établissement, aux spécificités des besoins des patients pris en charge en HAD et à l'exploitation des données disponibles (IPAQSS, EPP, audits événements indésirables...).

Une procédure décrivant la politique du dossier patient papier a été formalisée en juin 2017.

Y sont décrites, les règles de tenue du dossier patient avec la présentation du dossier administratif et du dossier patient ainsi que la description du circuit du dossier, la tenue, la confidentialité, l'utilisation, l'accessibilité et l'archivage. Le guide d'utilisation du dossier informatisé est en cours d'élaboration.

Les risques spécifiques au processus, au nombre de 7, ont été identifiés notamment à partir des indicateurs IPAQSS et des différents audits réalisés.

Les risques ont été hiérarchisés en criticité et maîtrise du risque selon les recommandations de la HAS. Des objectifs d'amélioration sont établis et inclus dans le PAQSS de l'HAD.

À ce jour, le dossier patient comprend un dossier papier « structure » avec le dossier médical, le dossier de soins, le dossier administratif, le dossier logistique ainsi qu'un dossier papier « domicile » et un dossier informatisé.

L'informatisation du dossier patient, associé au système d'information, prend en compte la partie administrative, médicale et soignante. Un des objectifs est le déploiement du dossier patient informatisé au domicile du patient avec une utilisation par l'ensemble des partenaires libéraux.

La mise en œuvre est prévue fin décembre 2017, en privilégiant dans un premier temps les IDE Libérales volontaires.

L'établissement s'inscrit dans une démarche d'amélioration sur le processus dossier du patient portant notamment sur des objectifs tels que assurer la continuité et la sécurité des soins, poursuivre l'informatisation des données et l'évaluation des pratiques de tenue du dossier.

La stratégie de l'établissement, le plan d'actions et le compte qualité ont été validés par la commission qualité risques vigilances et par la CDU.

ORGANISATION INTERNE

L'HAD SSV a établi une organisation pour piloter le processus. La cadre de santé est le pilote, elle est accompagnée d'une secrétaire médicale. Une fiche de poste précise les objectifs de la mission. Des référents sont nommés : le cadre de santé, 1 IDEC de chaque site et les secrétaires médicales.

Un groupe de travail est en place depuis 2013. Il se réunit 2 fois par an.

La formation aux nouveaux arrivants est organisée. Des sensibilisations sont réalisées lors des réunions hebdomadaires soignantes, par les secrétaires médicales et la cadre de santé.

Concernant la gestion documentaire, l'accès des documents relatifs à cette thématique par les libéraux est possible, avec un mot de passe. Pour les professionnels de la structure, il existe un onglet spécifique « DPA » dans la GED.

Les ressources matérielles sont adaptées à l'informatisation du dossier patient (Smartphones pour le personnel de l'HAD et développement auprès des IDEL en projet).

L'accès du patient à son dossier et de son informatisation quant aux droits d'accès est organisé.

La gestion des interfaces avec les différents secteurs est organisée.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Le management de chaque secteur d'activité avec les médecins coordonnateurs, l'encadrement, les secrétaires médicales et les IDEC organise la déclinaison de la démarche institutionnelle concernant le dossier patient, en objectifs et plans d'actions opérationnels.

Les professionnels médicaux, soignants et administratifs de la structure sont sensibilisés et formés à la constitution et l'utilisation du dossier patient dans ses formes informatiques et papiers.

Des mini-audits sur la constitution des dossiers sont réalisés. Les actions d'amélioration sont intégrées dans le PAQSS.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Les compétences sont disponibles pour la mise en œuvre opérationnelle du processus.
L'information des professionnels y compris les intervenants extérieurs sur les règles en place est faite. Des actions de sensibilisation sont réalisées par les secrétaires médicales lors des réunions soignantes et par les membres du groupe dossier patient.
Sur le plan matériel, le dossier papier et le dossier informatique sont déclenchés dès la pré-admission.
Chaque professionnel salarié de la structure dispose d'un Smartphone.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Les règles relatives à la tenue du dossier patient, de l'hospitalisation jusqu'à l'archivage, sont connues et mises en œuvre par les professionnels de l'HAD.
Le guide du « partenariat médecin traitant » présente les modalités du dossier patient ainsi que les différentes fiches médicales et le triptyque de prescription.
Lors de l'intervention d'une IDEL, une convention est systématiquement signée et un guide du partenariat infirmier libéral est remis. Il intègre un item spécifique dossier du patient.
Le dossier médical (papier et informatisé) est conforme aux dispositions réglementaires.
Le dossier soignant informatisé et papier, reprend les données issues de toutes les étapes de la prise en charge du patient (identification du patient, recueil initial des données, feuilles de températures, plan de soins, observations et transmissions, triptyque de prescription, grilles d'évaluation de l'autonomie, de la douleur, fiches de liaison...)
Toutes les informations papiers (ordonnances médicales, résultats d'examen, lettres médicales, ... sont scannées en temps réel dans le dossier informatisé, permettant ainsi à l'ensemble des professionnels salariés d'avoir une continuité notamment pour les infirmières d'astreinte.
Les informations de fin de séjour sont regroupées (comptes-rendus d'hospitalisation, lettres de sortie, prescriptions de sorties, modalités de sortie, fiches de liaison infirmière) et scannées dans le dossier informatisé.
Une fiche de liaison, en cas de transfert, est présente dans le dossier du patient si besoin.
La traçabilité des éléments constitutifs des étapes de la prise en charge du patient est réalisée en temps utile dans le dossier du patient et accessible par les professionnels concernés.
Lors des visites de suivi réalisées par les « infirmières de suivi », un mini audit est réalisé sur la tenue du dossier patient notamment sur la conformité de la traçabilité.
Le secrétaire TIM et le médecin DIM ont accès au dossier du patient tout au long du séjour.
Une étude médico-économique est réalisée avant toute entrée et suivie à partir des données des dossiers patients tout au long de l'hospitalisation.
Le secrétariat est centralisé sur le site de La Garde depuis septembre 2017.
L'archivage de l'ensemble des dossiers des 3 sites est réalisé sur le site de La Garde avec une méthodologie clairement établie et sous la responsabilité d'une secrétaire médicale.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

L'HAD assure l'évaluation par le biais du recueil des IPAQSS.
Le suivi de la mise en œuvre de la gestion du dossier patient s'appuie également sur des évaluations régulières de la qualité du dossier patient.
L'HAD suit les indicateurs Hôpital Numérique.
Un item sur le dossier du patient est inclus dans le questionnaire de satisfaction. Deux EPP relatives au dossier du patient (optimiser la gestion du dossier patient et analyser le dossier patient) sont en place depuis 2013.
Des patients traceurs ont été menés sur les 3 sites et ont permis une évaluation du dossier patient. Il est en projet la poursuite des patients traceurs.
Les visites à domicile au nombre de 13, réalisées par les experts-visiteurs ont permis d'évaluer les dossiers des patients.
L'analyse des résultats conduit à une mise à jour du plan d'actions au sein du PAQSS.

A / AGIR

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

Les actions d'amélioration mises en œuvre sont compilées et articulées avec le PAQSS.
Elles sont principalement centrées sur l'amélioration de la gestion du dossier patient (exemples : sensibiliser les praticiens sur le remplissage du compte-rendu d'hospitalisation, optimiser le recueil des indicateurs (AVK, poids, évaluation douleur...)).
Le suivi du PAQSS est assuré et suivi par le CQGDRSS.

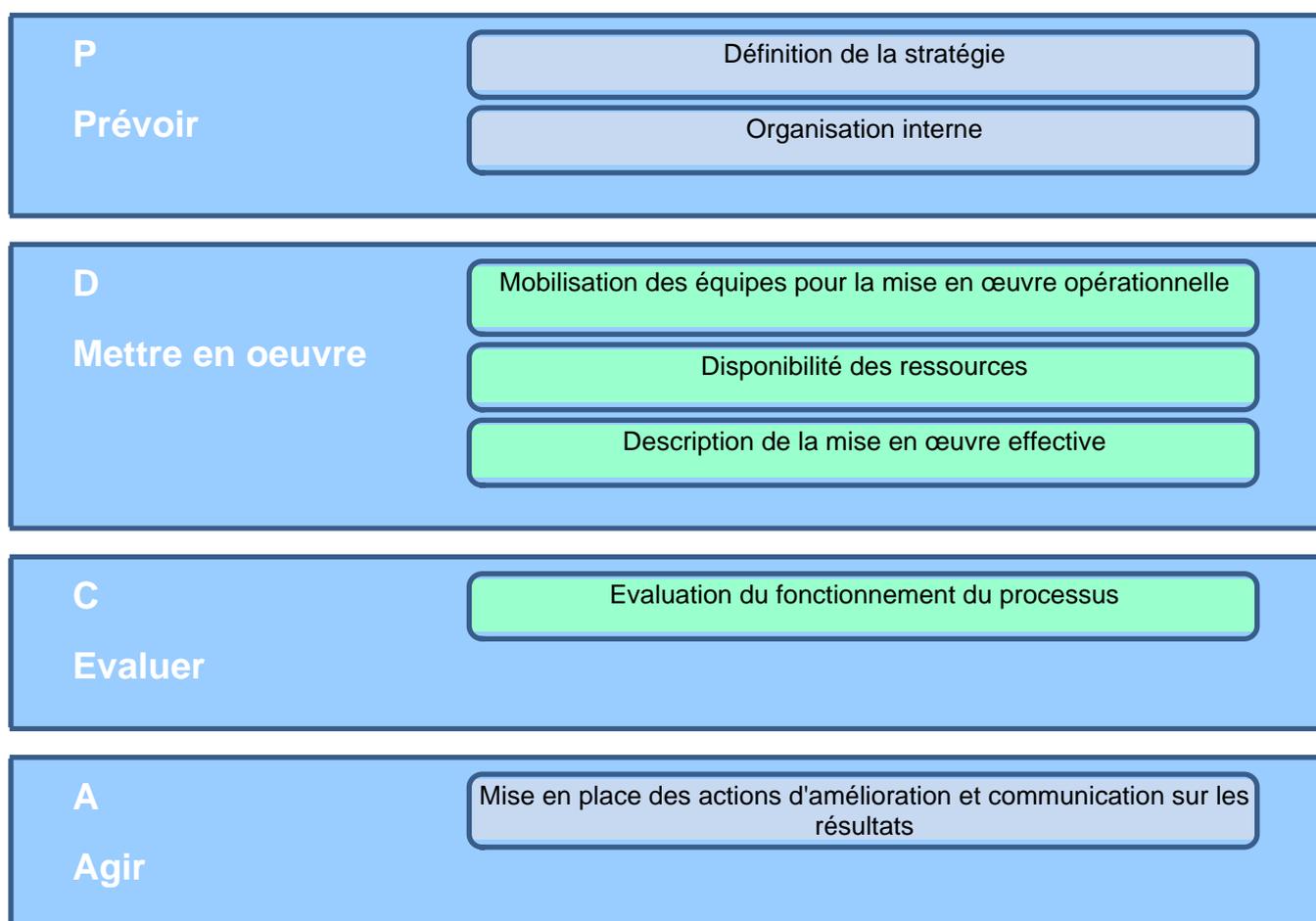
MANAGEMENT DE LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DU PATIENT

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

L'établissement Santé Solidarité du Var prend en charge les patients en HAD sur la région de Toulon et ses communes avoisinantes. Il ne dispose pas d'une PUI (Pharmacie à Usage Interne). Des conventions sont établies avec les officines de ville et les services hospitaliers du secteur pour la dispensation des médicaments et avec des fournisseurs ou des prestataires pour les équipements et certains dispositifs médicaux.

L'analyse des risques concernant le circuit du médicament a pris en compte le suivi des indicateurs nationaux, des indicateurs propres à la structure, les exigences du CBUM (contrat de bon usage des médicaments) et ses indicateurs spécifiques, le résultat des audits dont en particulier les audits MEDIEVAL portant sur l'ensemble du circuit, l'analyse des fiches d'événements indésirables (FEI), les données de différentes EPP ainsi que la cartographie des risques.

Dans le compte qualité, ont été identifiés treize risques reprenant les différentes étapes du circuit du médicament y compris des défauts de formation ou des problèmes de logistique.

Ces risques ont été hiérarchisés suivant la méthode HAS prenant en compte la fréquence, la gravité et le niveau de maîtrise.

L'analyse des risques a été réalisée par les membres du COMEDIMS.

Pour chacun des risques des plans d'action ont été élaborés avec un responsable désigné, des modalités de suivi et un échéancier.

Quatre axes prioritaires ont été définis dans le Projet d'Établissement: l'informatisation du circuit du médicament, la sécurisation du rangement des médicaments au domicile des patients, la poursuite de la mise en place du système qualité et l'amélioration de la prescription chez la personne âgée.

Un document propre reprend la politique du management de la prise en charge médicamenteuse avec ses objectifs ciblés: définir les risques liés à la prise en charge médicamenteuse, promouvoir le signalement des EI (événements indésirables), former le personnel, évaluer le circuit du médicament et des dispositifs médicaux, mettre en œuvre les engagements fixés dans le CBUM, définir les risques de la prescription médicamenteuse chez le sujet âgé, définir et suivre les indicateurs et mettre en œuvre le système de management de la qualité et désigner un responsable.

L'informatisation complète du circuit du médicament est une priorité forte de l'établissement malgré les difficultés qu'impose la prise en charge au domicile du patient, avec une montée en charge progressive adaptée aux progrès technologiques de communication. Cette informatisation a été budgétisée et le déploiement est largement engagé. La stratégie est validée par les instances dont le conseil d'administration, le comité de pilotage (CQGRSS), le comité de direction.

Les objectifs ont été définis par la CME en concertation avec la COMEDIMS et la commission de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins.

Le projet d'établissement est directement accessible sur le site Internet de l'Établissement. Chaque année l'HAD organise une réunion avec l'ensemble du personnel pour les informer des orientations stratégiques.

A partir du compte qualité des actions ont été priorisées et intégrées au PAQSS triennal avec un responsable et un échéancier.

ORGANISATION INTERNE

Chaque année le COMEDIMS multidisciplinaire réalise un rapport d'activité et un bilan transmis à la CME.

A été réalisé un Manuel Qualité de la prise en charge médicamenteuse précisant les règles et supports de prescription validés pour l'ensemble des prescripteurs.

Malgré l'absence de PUI, l'établissement dispose d'un pharmacien coordinateur qui pilote le processus avec le directeur.

Le pharmacien coordinateur est chargé de superviser et contrôler le circuit du médicament

Il dispose d'une fiche de poste. Une fiche de mission a été réalisée pour tous les pilotes des processus.

Le plan de formation de l'établissement prend en compte les besoins concernant ce processus en particulier sur les erreurs médicamenteuses.

Il existe une procédure concernant l'intégration des nouveaux arrivants.

Des conventions sont établies avec les intervenants libéraux.

Des audits sont réalisés pour apprécier la charge de travail et réaliser au besoin des recrutements (doublement par exemple des infirmiers de nuit sur le secteur de La Garde).

L'HAD dispose de locaux et d'équipements adaptés au niveau des trois sites d'intervention. Les médicaments sont dispensés par les officines et les services hospitaliers. Une convention a été signée avec chacun des hôpitaux sollicités et avec le syndicat des pharmaciens du Var. En ce qui concerne les dispositifs lourds des conventions sont établies avec des prestataires sur la base d'un cahier des charges.

Les autres dispositifs sont gérés par le pharmacien qui dispose d'une équipe logistique et de locaux sécurisés répondant aux besoins. Un stock tampon des consommables et de certains dispositifs est disponible sur les deux autres antennes de Brignoles et de la Seyne-sur-Mer.

Suite à des FEI, l'HAD a pris conscience de la difficulté de disposer de certains médicaments injectables de la réserve hospitalière les weekends (les pharmacies des hôpitaux référents étant fermées). Avec l'accord de l'ARS a été mise en place sur chacun des secteurs une pharmacie d'urgence sécurisée sous le contrôle du pharmacien dans chacun des trois sites.

On retrouve dans le Manuel Qualité les procédures décrivant les différentes étapes du circuit du médicament en particulier la prescription, la dispensation, la préparation, le transport et le stockage (dont les médicaments stupéfiants), l'information du patient, l'administration et la surveillance des traitements.

Les médecins coordinateurs de l'HAD ne sont pas, sauf urgence prescripteurs d'antibiothérapie. Cependant un document concerne les risques associés à la prescription d'antibiothérapie.

Une EPP a été réalisée sur la prescription chez la personne âgée.

Il existe une liste des médicaments à risque.

La gestion documentaire est accessible sur l'outil informatique

Il existe une politique définie du système d'information.

Le dossier chevet est sur papier, le dossier structure est en grande partie informatisé.

Les prescriptions initiales sont retrouvées dans le dossier de pré admission et au besoin réactualisées. En ce qui concerne les ordonnances effectuées durant l'hospitalisation, les IDE les photographies avec leur Smartphone et les transmettent par mails sécurisés à la structure.

Les prescriptions sont de la responsabilité du médecin traitant et du médecin hospitalier qui suivent le patient. Cependant le médecin coordinateur et le pharmacien disposent de l'exhaustivité du traitement et par convention avec les laboratoires du compte rendu des examens biologiques.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

L'HAD comprend trois sites d'interventions Toulon-La garde, Brignoles et la Seyne sur Mer.

Sur chaque site est présent au moins un médecin coordinateur ainsi que des infirmières coordinatrices permettant l'harmonisation des pratiques. Il n'y a pas d'objectifs spécifiques par site.

Des actions régulières de sensibilisation et de formation aux risques d'erreur médicamenteuse sont effectuées. Le nombre de formation sur ce thème est un des indicateurs du processus.

SSV a développé un programme DPC "circuit du médicament".

Les professionnels sont encouragés à déclarer des FEI. Des CREX sont effectuées mensuellement à partir des FEI et certaines ont concerné le circuit du médicament témoignant du recueil et de l'analyse des erreurs médicamenteuses.

Des quizz ponctuels sont organisés (médicaments à risque, erreurs médicamenteuses, administration des médicaments). Des audits sont organisés sur l'ensemble du circuit du médicament grâce à l'outil informatique Interdiag HAD puis MEDIEVAL. Des audits ciblés sont planifiés dans le programme annuel.

Neuf EPP concernant le circuit du médicament ont été finalisées ou sont en cours

Le pharmacien a informé les professionnels des risques identifiés dans le compte qualité et des actions déployées amenant parfois à des modifications de pratique. La communication s'est faite parfois directement auprès de l'encadrement et des professionnels lors des réunions d'équipe hebdomadaire, des réunions de la CME et par l'intermédiaire du journal qualité.

Les actions d'amélioration sont identifiées par le pharmacien

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

Le pharmacien coordinateur est également le responsable des ressources logistiques de l'établissement.

SSV dispose de secrétariats, de locaux sécurisés, de véhicules de transport, de moyens informatiques suffisants pour assurer ses besoins.

Les nouvelles infirmières de SSV sont tutorées durant trois jours et durant une semaine pour les infirmières coordinatrices. Les nouveaux médecins coordinateurs sont accompagnés par la présidente de la CME. Il existe un guide de partenariat concernant les médecins traitants et les infirmières libérales.

Les infirmières sont formées régulièrement en particulier aux risques d'erreurs médicamenteuses et à l'utilisation des nouvelles techniques de communication avec leur Smartphone.

Une gestion documentaire spécifique à la prise en charge médicamenteuse a été créée par la pharmacienne coordinatrice et construit conformément aux étapes du circuit du médicament. Elle est accessible sur l'outil informatique y compris par les infirmières libérales.

Des protocoles concernent des gestes à risque (utilisation des pompes à morphine, surveillance post chimiothérapie) et la conduite à tenir en cas de situation d'urgence (par exemple surdosage aux morphiniques ou aux benzodiazépines).

Des plaquettes sont accessibles pour les médicaments à risques : insuline, anticoagulant, antalgiques, électrolytes et antibiotiques, et pour les dispositifs (oxygénothérapie, pompe, nutrition...) ou pour

faciliter l'administration (médicaments pouvant être broyés, dissous ou coupés).
Les médecins coordinateurs apportent une aide au médecin traitant pour la rédaction de certaines prises en charge en particulier dans les soins palliatifs et la gestion de la douleur (pompes à morphine).

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

La continuité du traitement médicamenteux est assurée de l'admission jusqu'à la sortie, transferts inclus.
Lors de la pré-admission le traitement du patient est transmis à l'HAD par fax et il est repris sur le protocole de soin par le médecin coordinateur au besoin en intégrant les modifications lors de la prise en charge effective du patient. Le dossier structure informatisé conserve la copie de toutes les prescriptions. La prescription initiale est transmise au pharmacien d'officine et/ou au pharmacien hospitalier en cas de médicament de la réserve hospitalière. Les médicaments sont livrés par période de sept jours par le pharmacien de ville au domicile ou récupérer par la famille. L'infirmière de SSV va chercher les médicaments hospitaliers.
En cas de modification du traitement durant l'hospitalisation, l'infirmière photographie (avec son smartphone) ou scanne (avec un scanner portable) la nouvelle prescription et la transmet par mail sécurisé à SSV. Le médecin coordinateur prend connaissance du nouveau traitement et la nouvelle ordonnance est transmise par fax à la pharmacie de ville ou hospitalière. En cas d'urgence possibilité est faite de faire appel à la pharmacie de garde. Du fait de l'arrêt d'activité des pharmacies hospitalières référentes le weekend, il a été décidé de disposer d'un stock tampon, sur chacun des sites pour les médicaments injectables non disponibles en ville, stock placé sous la responsabilité du pharmacien coordinateur.
Des conventions ont été signées avec le syndicat des pharmaciens du Var et les pharmacies hospitalières garantissant ainsi la permanence pharmaceutique.
Le pharmacien de ville dispose de la prescription qu'il doit délivrer mais également au besoin de la prescription hospitalière mais il n'a pas accès au dossier/ patient ni au bilan biologique. Ces données permettent une analyse pharmaceutique a priori de niveau I. Le médecin coordinateur et le pharmacien coordinateur ont par contre accès à l'exhaustivité du dossier et des prescriptions.
L'établissement ne fait pas de chimiothérapie mais on retrouve dans la gestion documentaire des guides concernant les modalités de reconstitution des médicaments injectables dont les antibiotiques.
Il existe des procédures de transport et de rangement des médicaments (en particulier des stupéfiants) au domicile du patient respectant l'hygiène et au besoin la chaîne du froid.
Une évaluation est effectuée sur les capacités du patient ou de son entourage pour gérer le traitement.
Si le patient ou l'entourage ont la possibilité de gérer le traitement un contrat d'observance est proposé signé par le médecin traitant, le patient et l'HAD.
L'information du patient et de l'entourage sur le traitement est délivrée par le médecin traitant reliée au besoin par l'infirmière. Il existe des supports d'information remis au patient (Sécurisons nos médicaments au domicile).

Il existe un support de prescription (triptyque) mis à la disposition des médecins traitants par SSV permettant la traçabilité de l'administration. Mais malgré des mesures d'incitation, ce support n'est pas utilisé par les médecins traitants qui préfèrent rédiger une ordonnance (lors de l'enquête sur la prescription en 2015 seules 9 % des prescriptions étaient retrouvées sur le triptyque). Si bien que l'infirmière ne trace que l'administration globale quotidienne en cochant une seule case. Il n'y a aucun détail de l'administration y compris des médicaments à risque ou injectables. Ce support unique de prescription et d'administration (triptyque) qui est présent dans tous les dossiers patients chevets (13 visites) est donc rarement utilisé par les prescripteurs (prescription sur leur ordonnancier). Le traitement peut se retrouver sur plusieurs ordonnances du même médecin ou de médecins différents. De ce fait il n'est pas retrouvé d'état récapitulatif de l'exhaustivité du traitement en cours du patient et la traçabilité de l'administration n'est pas effective. SSV a repéré et pris en compte ce risque.
La constitution des piluliers est tracée chaque jour.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Il existe un dispositif d'évaluation et de suivi, notamment à l'aide d'indicateurs. Celui-ci repose sur des audits de l'ensemble du circuit grâce à l'outil MEDEVIAL.
Les indicateurs IPAQSS sont suivis.
L'HAD SSV alimente le rapport d'étapes du CBUM comportant une soixantaine d'indicateurs.
Neuf EPP ont concerné ce processus avec des audits ciblés sur des éléments du circuit. Des enquêtes sur la prescription et l'administration ont été effectuées.
Il existe une analyse des FEI et des CREX sont organisées.
L'établissement a participé à des enquêtes OMEDIT (sur la conciliation médicamenteuse) et de l'ARS (nutrition parentérale).
Il existe un suivi des dépenses médicamenteuses globales et la comptabilité analytique permet d'obtenir un cout/patient/jour. Sont également suivies les délivrances hospitalières, les médicaments coûteux et des médicaments onéreux refacturables

A / AGIR

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

Il existe un dispositif d'amélioration continu en fonction des évaluations, en particulier chacun des risques identifiés dans le compte qualité a fait l'objet d'un plan d'action.

Malgré l'absence de PUI, un pharmacien coordinateur a été intégré à l'équipe.

Le programme annuel du COMEDIMS en lien avec la programme prévention des risques et de sécurité des soins recense les actions à envisager et un bilan est effectué en fin d'année.

De nombreuses actions d'amélioration ont été effectuées portant sur la formation, l'élaboration ou la réactualisation des protocoles et procédures ainsi que sur leur mise en œuvre.

La communication de ces actions s'est faite au personnel par l'intermédiaire de l'encadrement, du journal qualité, de la journée annuelle de l'établissement. Des actions de communication sont également faites auprès des libéraux, des services hospitaliers et des prestataires.

SSV dispose d'un site internet accessible au public comportant entre autres son Projet d'Établissement.

GESTION DES ÉQUIPEMENTS ET PRODUITS AU DOMICILE DU PATIENT

1. Caractérisation générale

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

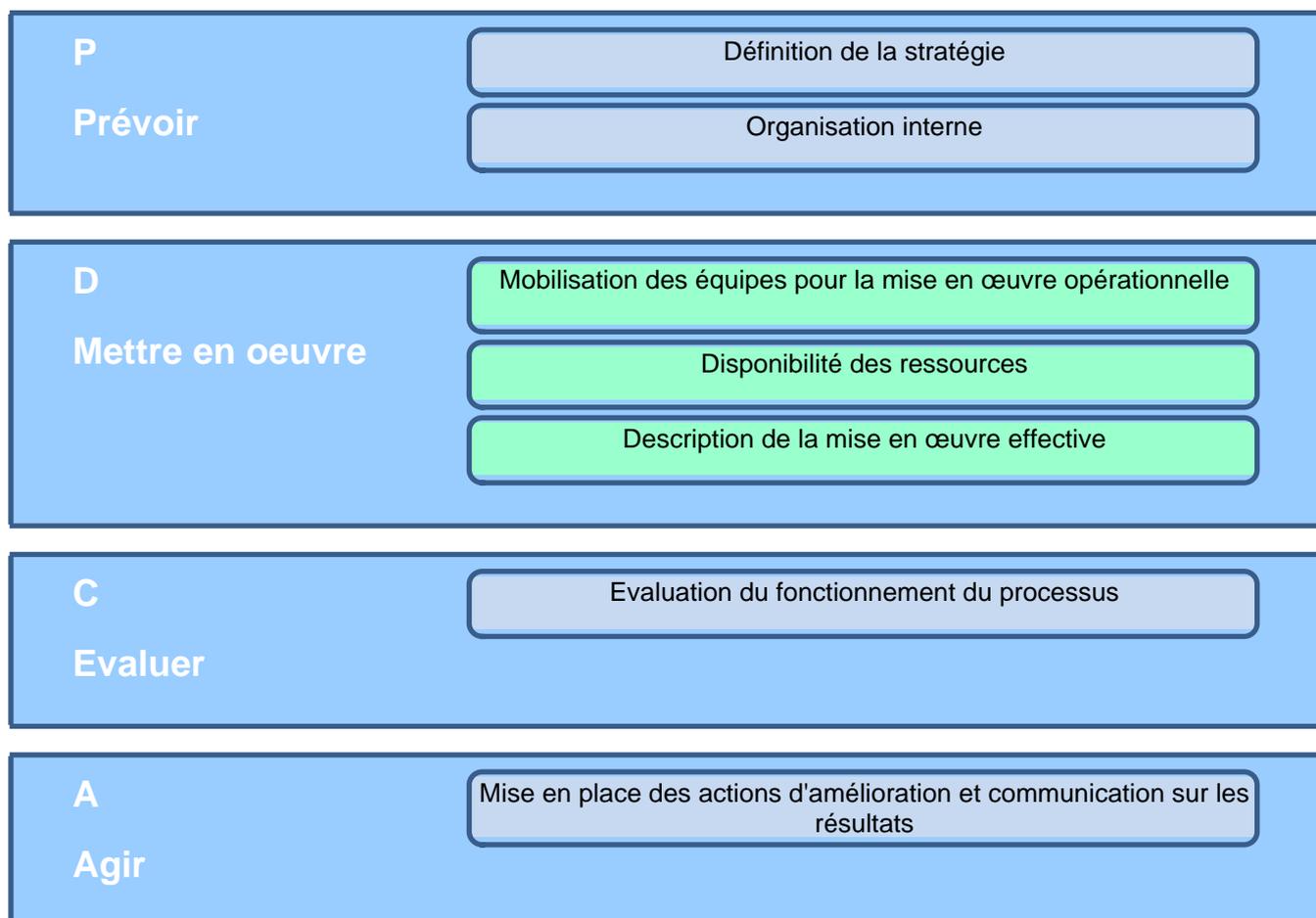
C'est un élément essentiel de la qualité de la prise en charge du patient à son domicile. Le bon matériel et le bon dispositif doivent parvenir au bon patient en temps utile et conformément à la commande.

Les équipements et produits concernés sont :

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

2. Résultats de l'établissement

a. Représentation graphique



P / PRÉVOIR

DÉFINITION DE LA STRATÉGIE

L'association Santé solidarité du var a élaboré une stratégie de la gestion des équipements et des produits au domicile du patient dans le cadre de son projet d'établissement 2013/2017 . Celle-ci a été élaborée sur la base des conclusions du rapport définitif de certification V2010, de la réglementation, des exigences d'un suivi 24 h/24... Les conventions avec les prestataires du domicile sont nombreuses et formalisées. Il s'agit de conventions générales, signées auprès de 13 prestataires et applicables à tous les patients, ou de conventions spécifiques, nominatives. Ces dernières sont réalisées soit sur une demande du patient, soit du fait que le matériel est déjà au domicile du patient. En outre ceci sert donc de test auprès de ces prestataires qui par la suite peuvent devenir des partenaires à part entière.

Les conventions avec les prestataires du domicile portent sur des matériels et des équipements hôteliers, oxygénothérapie et aspiration, dispositif de traitement des plaies par pression négatives, nutrition par pompe...) Le recueil et l'analyse des données relatives au processus gestion des équipements et produits au domicile ont été conduits par le groupe de pilotage du processus, le copil développement durable auquel est rattaché la logistique et le comedims pour les dispositifs médicaux. Une cartographie des risques a été mise en place.

Cette analyse a permis l'identification, la hiérarchisation, la détermination des modalités de traitement et de suivi de cinq risques identifiés extraits du PAQSS et intégrés dans le compte qualité: respect des horaires de livraison, adéquation entre le délai d'intervention et l'importance de la panne d'équipement, matériel livré en quantité insuffisante ou rupture, erreur de préparation de commande de consommable par le service logistique, erreur de commande de consommables par les soignants.

Les risques retenus dans le compte qualité sont identifiés dans un PAQSS spécifique du processus, repris dans le PAQSS global de l'établissement. Les actions correspondantes y ont été intégrées afin d'en assurer le suivi. La démarche a été finalisée par la mise en place d'un GANTT.

La politique de gestion des équipements et produits au domicile et donc de l'ensemble du circuit de l'approvisionnement est déclinée en processus, procédures et protocoles décrivant leurs gestions de l'approvisionnement à la consommation au domicile du patient.

Ces procédures prennent également en compte l'urgence et l'élimination des déchets.

La communication est réalisée auprès des professionnels et leurs besoins sont recueillis par l'encadrement, lors des réunions des instances ou de service, les fiches d'évènements indésirables, les questionnaires de satisfaction...

ORGANISATION INTERNE

Jusqu'en 2012, chaque antenne gérait son stock. Depuis cette date, la gestion des équipements et produits est centralisée sur le site de Toulon. L'HAD détient des DM, DM Stériles et petits consommables soins, dans ses locaux de Toulon et des stocks tampons et d'urgence sont en place dans les antennes de La Seyne et de Brignolles.

Le pilotage du processus est organisé et a été confié à la pharmacienne coordonnatrice et au responsable logistique. Les fiches de mission des pilotes de processus sont réalisées.

Le processus global de la prise en charge en HAD est décliné dans des supports adaptés aux modalités d'approvisionnement et de stockage. L'établissement a mis en place une organisation effective, compte tenu de l'identification de ses risques et besoins et de sa taille, permettant de garantir la mise à disposition en temps utile des équipements et produits au domicile.

Une organisation est en place et permet de garantir un approvisionnement en urgence et en cas de panne ou de dysfonctionnement 24h/24 et 7 jours /7.

Les personnels de coordination disposent des contacts utiles susceptibles d'assurer et de faire assurer, si besoin, une intervention technique les nuits et les week-ends. L'organisation en place leur permet de plus d'avoir accès au magasin si besoin lors de leur garde d'une manière organisée et sécurisée.

La gestion des interfaces est organisée vis-à-vis des prestataires, des établissements de santé, des officines de ville, des pharmacies hospitalières et de l'entourage du patient.

L'organigramme est à disposition des professionnels et prestataires. Les fiches de poste des professionnels notamment de ceux du personnel logistique sont en place. Les personnels du service logistique sont formés ainsi que les professionnels intervenant au lit du malade

Les règles d'usage et les modalités de stockage de ces produits sont définies et formalisées: modalités de rangement, d'identification, de vérification, contrôles périodiques, vérification des dates de péremption, de l'intégrité de l'emballage garantissant la stérilité des DMS, des flux d'approvisionnement, de l'hygiène etc..

Le système en place favorise la déclaration des évènements indésirables et les déclarations en matière de dysfonctionnement de la gestion des équipements et produits sont effectives. Une commission CREX (10 par an) permet l'analyse des évènements puis l'alimentation du PAQSS.

Concernant les prestataires, des contacts et évaluations sont en place et ils sont systématiquement contacté en cas de dysfonctionnement afin d'analyser et de réduire ou remédier à l'écart constaté.

Les IDE libérales disposent d'un guide et un lien hebdomadaire est réalisée avec les professionnels de l'HAD.

D / METTRE EN OEUVRE

MOBILISATION DES ÉQUIPES POUR LA MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLE

Les circuits sont définis sous forme de processus: circuit d'approvisionnement du consommable, processus de location d'équipement au début et au cours de la prise en charge, processus mouvement des patients...

Les infirmières de coordination lors de visite mensuelle et le cadre de santé, à l'appui des pilotes du processus s'assurent de la conformité des pratiques par rapport aux dispositions prévues et notamment aux procédures, protocoles et consignes.

Ils favorisent l'implication et l'appropriation de la démarche auprès des équipes notamment lors des informations régulières: réunions hebdomadaires, communication et échanges oraux, visites à domicile, sensibilisation et information sur les pratiques et les risques.

Une fiche de pré-admission est renseignée par l'infirmière coordinatrice permettant un état des lieux du domicile et l'établissement de la liste des matériels nécessaires. Une réévaluation des besoins pour chaque patient est réalisée, lors des réunions soignantes organisationnelles hebdomadaires ou/et de staff, par le biais des rapports hebdomadaires réalisée par l'Ide en charge du patient (IDE libérale ou IDE de suivi de l'HAD) et lors des visites à domicile réalisées par les IDEC, la cadre de santé ou en fonction de la prise en charge par le médecin coordinateur . Des actions correctives sont identifiées (dysfonctionnements, événements indésirables, CREX, plaintes ou réclamations, suggestions des patients ou de l'entourage etc...), suivies et mises en place par les responsables de soins avec la participation des professionnels.

Les résultats sont partagés avec les équipes.

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES

L'organisation en place tient compte des effectifs disponibles. Une astreinte de coordination est assurée 24h sur 24 à partir d'une planification mensuelle. Les ressources en compétences sont disponibles dans les équipes. Les effectifs sont en adéquation avec les prises en charge.

Les formations sont adaptées à partir des besoins ou des problématiques rencontrées et révélées par les soignants. La formation des professionnels à l'utilisation des matériels et équipements est assurée par les prestataires conventionnés lors des installations à domicile, lors de nouvelles techniques mises en place et lors de journées de formation spécifiquement organisées dans les locaux de l'HAD ou dans ceux des antennes (nutrition entérales, pansements...,).

La documentation est disponible sur le site intranet de l'association. Un onglet est dédié logistique (procédures, protocoles,...) Un autre offre une formation interne en mettant à disposition l'ensemble des fiches techniques des matériels.

L'établissement a également développé la mise en place de référent interne: plaies et cicatrisation, référente pompe « saphir » par exemple. Les IDE libérales sont invitées à ces formations.

L'ensemble de la documentation (protocoles, fiches de commandes, retrait de matériel, de livraison, de consignes, de traçabilité, liste et coordonnées des prestataires) nécessaire à l'installation et au suivi des équipements et matériels est disponible sur le site intranet et actualisée.

Une flotte de véhicules (64 dont 39 pour l'HAD) est mise à la disposition des professionnels salariés. La gestion est structurée (affectation, vérification des permis de conduire, entretien, renouvellement ...).

Un dispositif d'entretien et de maintenance préventive et curative est en place et réalisé par les prestataires conventionnés.

DESCRIPTION DE LA MISE EN ŒUVRE EFFECTIVE

Une fiche de pré-admission est renseignée par une des infirmières coordinatrices. Cette évaluation prend en compte les contraintes du domicile et l'évaluation initiale des besoins du patient. Des kits d'entrée sont systématiquement livrés au domicile du patient.

Puis, les commandes en matériel sont réalisées et transmises sous forme de listing nominatif (liste du matériel et des kits consommables commandés en pré admission) au service logistique. Ceci permet de constituer un dossier logistique par patient permettant également d'assurer ensuite le suivi.

Les Ide s'assurent de la livraison au domicile

Concernant la fourniture des équipements par les prestataires, (décrite dans le processus de location d'équipement au début et au cours de la prise en charge) les demandes sont compilées au service logistique qui assure par téléphone, mail ou fax la commande auprès du prestataire concerné. Suivant les conventions générales ou spécifiques, une procédure est en place. Des documents sont en place à l'attention des équipes afin qu'elles soient informées de l'effectivité de la convention.

Concernant les commandes en cours de séjour, elles sont réalisées par les IDEC de chaque antenne de manière programmée pour 7 jours à l'aide d'une fiche de commande. La livraison est assurée par le service logistique une fois par semaine sur chaque antenne, Ee cas de changement , rupture des

commandes "non programmées" sont réalisées. Dans ce cas, une procédure est en place et les demandes sont faites par mail ou téléphone et livrées par le personnel logistique ou récupérée par un professionnel. Une procédure d'urgence est en place dans le cadre de la fermeture du service logistique et au cas où le matériel d'urgence mis à disposition dans les antennes soit manquant.

Au sein du magasin, un circuit de préparation en marche en avant est en place ainsi qu'un planning des intervenants intégrant la livraison quotidienne ou en urgence dans les antennes.

De plus un stock tampon et un stock d'urgence sont à disposition dans les antennes.

Une procédure de retour au service logistique est définie ainsi qu'une procédure de désinfection du matériel.

Une organisation est en place pour identifier, avec le prestataire et les organismes concernés, les patients électro dépendants. Les démarches de déclaration auprès d'ERDF sont réalisées par l'HAD.

La récupération des déchets de soins au domicile, notamment de soins (DASRI) est définie selon un planning dès la pré admission.

L'enlèvement et l'élimination sont confiés à un prestataire extérieur conventionné.

Les infirmières libérales intervenant au domicile suivent les mêmes procédures et ceci est inclus dans le guide des infirmière libérales. Des campagnes de sensibilisation ont été réalisées à leur attention.

L'ensemble des observations réalisées lors des patients traceurs réalisés par l'HAD a permis d'alimenter les éléments recueillis au cours de l'audit du processus.

C / EVALUER

EVALUATION DU FONCTIONNEMENT DU PROCESSUS

Des indicateurs quantitatifs sont suivis: nombre de document créés, nombre de documents mis à jour, suivi des FEI liés à la logistique, nombre de FEI sur les DASRI, sur le matériel prestataire, audits (pour exemple: obus d'O2, saturomètre...), enquête de satisfaction des professionnels et des usagers, réunion d'évaluation annuelle des prestataires, inventaire...

En cas de dysfonctionnement, une remontée est faite systématiquement au prestataire concerné.

Une commission CREX se réunit une fois par mois sauf juillet aout. Concernant ce processus, on peut noter des CREX sur: délai d'enlèvement du matériel, transmission systématique des suspensions d'alimentation entérale au service logistique, rappel pour l'enregistrement des correspondants...

Les résultats sont communiqués aux professionnels. Les actions d'évaluation permettent d'identifier des actions d'amélioration et d'alimenter le PAQSS.

A / AGIR

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

Sur la base des audits réalisés et dans les suites du plan d'action, des actions d'amélioration ont été mises en place: amélioration du tri des déchets, ponctualité du prestataire, adéquation entre le délai d'intervention et l'importance de la panne de l'équipement, adaptation des bons de commande avec le même langage...

Un réajustement du programme est réalisé annuellement en fonction des résultats obtenus.

Des actions de communication, des supports et des modalités de diffusion sur les résultats d'évaluations conduites sont menées auprès des professionnels de l'établissement et des usagers (affichage, livret d'accueil, mise à disposition dans la gestion documentaire, rencontre annuelle avec les prestataires, ...)