



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

A thick, dark blue curved line that starts on the left side of the page, dips down, and then rises towards the right side, creating a wide, shallow arc.

ADDITIF AU RAPPORT DE CERTIFICATION V2010

CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

2, Avenue de la Pinède - BP 92
84143 MONTFAVET CEDEX

Visite de suivi de janvier 2012

SOMMAIRE

PRÉAMBULE	3
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	7
2. DÉCISION DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ	10
1. Niveau de certification	11
2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire	12
3. Participation au recueil des indicateurs généralisés par la Haute Autorité de Santé	13
4. Suivi de la décision	14
3. CONSTATS ET COTATION PAR CRITÈRE	15

PREAMBULE

L'additif dont vous disposez contient des éléments ayant fait l'objet du suivi décidé par la Haute Autorité de Santé.

A ce titre, nous vous invitons à consulter les précédentes productions de nos services afin de connaître le périmètre concerné par cette modalité de suivi.

1. Présentation du document

- Ce document peut comporter :
 - ✓ une présentation de l'établissement actualisée,
 - ✓ les critères ayant fait l'objet du suivi,
 - ✓ une synthèse de la décision de la Haute Autorité de santé,
 - ✓ des plans d'actions engageant l'établissement pour la prochaine procédure de certification.

- Il ne comporte pas plusieurs parties du rapport de visite de certification telles que :
 - ✓ la présentation graphique des résultats,
 - ✓ le suivi des précédentes décisions de la Haute Autorité de Santé,
 - ✓ les indicateurs de la Haute Autorité de santé,
 - ✓ le Bilan des contrôles de sécurité sanitaire.

Si vous souhaitez, sur ces 2 derniers sujets, des résultats actualisés concernant l'établissement, nous vous invitons à consulter le site Internet Platines <http://www.platines.sante.gouv.fr>

Cet additif au même titre que le rapport de certification est transmis à l'autorité de tutelle (Agence Régionale d'Hospitalisation, Agence Régionale de Santé) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur Agence Régionale d'Hospitalisation/Agence Régionale de Santé définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

2. Les niveaux de certification

La décision de certification peut comporter :

- des recommandations : demandes formulées à l'établissement de progresser dans certains domaines,
- des réserves : constat(s) d'insuffisances dans des domaines,
- des réserves majeures : constat(s) d'insuffisances graves relatives aux exigences de qualité et de sécurité.

Les niveaux de certification sont les suivants :

Certification	Sans recommandation
Certification avec recommandation(s)	Au moins une recommandation
Certification avec réserve(s)	Au moins une réserve (et éventuellement des recommandations)
Décision de surseoir à la certification = Réserve(s) majeure(s)	Au moins une réserve majeure (et éventuellement des réserves et des recommandations)
Non certification	Une décision de non certification est prise dès lors qu'un établissement fait l'objet de plusieurs réserves majeures et réserves). Elle peut également être prise suite à une décision de surseoir à la certification pour un établissement qui n'aurait pas amélioré significativement à l'échéance fixée, les dysfonctionnements constatés.

Les décisions, les rapports et/ou additifs de certification sont tous rendus publics sur le site internet de la Haute Autorité de Santé, <http://www.has-sante.fr>. Il revient aux établissements de santé d'en assurer la plus large publicité en interne et en externe, (notamment par le biais de leur site internet).

L'arrêté du 15 avril 2008 relatif au contenu du livret d'accueil des établissements de santé dispose que le livret d'accueil doit indiquer les conditions de mise à disposition des personnes hospitalisées d'une information sur les résultats des différentes procédures d'évaluation de la qualité des soins, dont le rapport de certification.

L'établissement de santé doit également mettre chaque année à disposition du public les indicateurs de qualité et de sécurité des soins recueillis de manière obligatoire et utilisés dans le cadre de la procédure de certification.

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Adresse : 2, Avenue de la Pinède - BP 92

Site internet de l'établissement : www.ch-montfavet.fr

84143 MONTFAVET CEDEX

Statut : Public

Type d'établissement : CHS

Type de Prise en charge	Nombre de lits d'hospitalisation	Nombre de places en ambulatoire
MCO		
SM	459	603
SSR		
SLD		
HAD		

Nombre de sites :	- 1 site principal - 66 sites (CMP - hôpitaux de jour - CATTP)
Activités principales :	- Psychiatrie adulte et infanto juvénile
Activités de soins soumises à autorisation :	- Activités de psychiatrie
Secteurs faisant l'objet d'une reconnaissance externe de la qualité :	/

Réorganisation de l'offre de soins

Coopération avec d'autres établissements (Principales conventions, réseaux, GCS) :	<ul style="list-style-type: none">- Conventions avec les trois hôpitaux généraux du territoire pour la prise en charge des urgences psychiatriques,- Conventions avec l'ensemble des différents partenaires sociaux, médico-sociaux et associatifs (justice, éducation nationales, EPHAD (gérontopsychoiatrie), ESAT, SPIP....),- Réseaux d'addictologie, de périnatalité,- Groupements de commande, GIP logistique, (prestations linge, tutelles, informatiques),- GIP d'enseignement paramédical
Regroupement / Fusion :	/
Arrêt ou fermeture d'activités :	/
Créations d'activités nouvelles ou reconversions :	/

2. DECISION DE LA HAUTE AUTORITE DE SANTE

1. Niveau de certification

2. Bilan des contrôles de sécurité sanitaire

Les données relatives aux contrôles et inspections réalisés au sein de l'établissement ont été transmises par l'établissement et sont publiées au sein du présent rapport en partie 7. Elles n'ont pas été validées par l'Agence Régionale d'Hospitalisation. L'ARS n'a en effet pas retourné la fiche interface ES/HAS/ARS à la Haute Autorité de Santé.

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

L'établissement n'est pas assujetti au recueil des indicateurs de la Haute Autorité de Santé.

4. Suivi de la décision

3. CONSTATS ET COTATION PAR CRITERES



Critère 8f

Gestion des événements indésirables

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation est en place pour assurer le signalement et l'analyse des événements indésirables.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'organisation de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins a été mise à jour en janvier 2012 afin d'assurer une meilleure coordination entre le président de la CME et la direction de la qualité. Les acteurs et leurs missions ont été précisés dans les domaines de la qualité, de la gestion des risques et des vigilances. Les modalités de déploiement dans les pôles ont été définies. La composition et le fonctionnement de la cellule d'analyse des évènements indésirables graves sont formalisés. Les procédures de déclaration et d'analyse des évènements indésirables ont été validées en Novembre 2011 et diffusées. Il existe un support papier et informatique de déclaration des évènements indésirables. Les différents supports de recueil des évènements indésirables ont été recensés en Janvier 2012. Tous les évènements indésirables quel que soit leur support de recueil sont saisis dans un logiciel informatique spécifique qui permet une centralisation de l'information et une meilleure coordination de leur analyse. Un guide d'utilisation du logiciel de déclaration a été réalisé et diffusé sur intranet, accessible à tous les agents.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels sont formés à l'utilisation des supports de signalement.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>L'ensemble des professionnels a été formé à l'utilisation du support papier de signalement des événements indésirables. En ce qui concerne le support informatique, une grande partie des personnels administratifs a été formée à son utilisation mais la plupart des cadres de santé ne l'ont pas encore été.</p>
<p>Les professionnels concernés sont formés aux processus de hiérarchisation et d'analyse des causes.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Les membres de la cellule qualité et de la direction des soins sont formés à l'analyse des causes profondes des événements indésirables et à la hiérarchisation. La création d'une cellule d'analyse de ces événements nécessitent de former les autres membres et en particulier les cadres supérieurs et les médecins. Cette formation est programmée dans le premier semestre 2012.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'analyse des causes profondes des événements indésirables graves est réalisée en associant les acteurs concernés.</p>	<p>Oui</p>	<p>La cellule d'analyse des événements indésirables dont la composition a été formalisée en Janvier 2012 a défini ses modalités de fonctionnement. Celles-ci précise le rythme de ses réunions, ses missions et les modalités de retour d'information aux instances. Une hiérarchisation des événements indésirables a été réalisée permettant d'identifier les événements nécessitant une analyse des causes profondes. L'analyse des causes profondes est réalisée par les membres de la cellule déjà formés. Ils y associent les autres personnes concernées.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions correctives sont mises en oeuvre suite aux analyses.</p>	<p>Oui</p>	<p>Des actions correctrices suite aux analyses sont réalisées et sont formalisées sur le tableau de bord de suivi des événements indésirables, élaboré grâce au logiciel informatique. La politique de la qualité et de la gestion des risques a été déclinée en programme, lui-même décliné en fiche de suivi pour chaque action engagée. Ces fiches de suivi ont été élaborées et leur utilisation systématique pour chaque action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins est réalisée. La mise en oeuvre des actions d'amélioration est guidée par la hiérarchisation des événements indésirables.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les causes profondes des événements indésirables récurrents font l'objet d'un traitement spécifique à l'échelle de l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le recueil et la saisie des événements indésirables dans le logiciel informatique permettent une identification en temps réel des événements récurrents. L'organisation mise en place permet un traitement spécifique de ces événements associant une analyse et la mise en place d'actions correctrices.</p>
<p>L'efficacité des actions correctives est vérifiée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>A ce jour, la vérification de l'efficacité des actions est menée dans des domaines très spécifiques comme le service santé au travail et d'événements récurrents comme la violence, la fugue... La formalisation et l'utilisation à compter du premier trimestre 2012 des fiches projet pour chaque action d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins permettront de mesurer l'efficacité des actions correctrices mises en oeuvre. L'indicateur choisi est le nombre de fiches de suivi des actions correctrices mises en place. L'analyse est programmée fin 2012.</p>

Référence 8 : Le programme global et coordonné de management de la qualité et des risques

Critère 8h

Bon usage des antibiotiques

Ce critère est applicable uniquement aux établissements concernés par l'indicateur ICATB.



Les établissements non concernés par cet indicateur sont les établissements d'hospitalisation à domicile, d'hémodialyse, ambulatoires, les centres de postcure alcoolique exclusifs et les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS).

COTATION

B

Indicateur ICATB du tableau de bord des infections nosocomiales

Classe associée à la valeur du score agrégé

Score à disposition de l'établissement au moment de la visite.

B

E2 Mettre en oeuvre

Réponses aux EA

CONSTATS

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La réévaluation de l'antibiothérapie entre la 24e heure et la 72e heure est inscrite dans le dossier du patient.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Toute prescription d'antibiotique dans un des pôles où le logiciel de prescription est déployé donne lieu à un avis pharmaceutique indiquant la date limite de réévaluation et l'envoi d'un mémo indiquant cette même date au médecin prescripteur. Une information par la messagerie électronique a été adressée aux prescripteurs sur les fonctionnalités du logiciel de prescription. Pour les pôles dans lesquels ce logiciel n'est pas déployé, il existe une indication par repérage visuel de la date limite de réévaluation sur le support unique prescription/administration qui en permet également la traçabilité. Ces modalités ont été validées par le COMEDIMS de Septembre 2011. De façon complémentaire, des items pour la traçabilité des réévaluations de l'antibiothérapie ont été intégrés pour tous les pôles dans le dossier patient informatisé depuis Novembre 2011. Le suivi de ces mesures comporte l'évaluation du nombre de lignes de prescription antibiotiques réévaluées entre la 24ème et la 72ème heure, prévue dans le premier trimestre 2012 dans le cadre du rapport d'activité du COMEDIMS. Une EPP portant sur la réévaluation de l'antibiothérapie a été validée pour 2012, sous forme d'un audit clinique. Un audit annuel du circuit du médicament et notamment de la prescription est programmé dès 2012.</p>

Référence 10 : La bientraitance et les droits

Critère 10a-SM

Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance

COTATION

B

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

Les modalités de signalement des cas de maltraitance sont définies et diffusées.

En grande partie

Un item concernant le repérage des situations de maltraitance a été intégré dans le formulaire informatisé de signalement des évènements indésirables en Septembre 2011. Un protocole de signalement des cas de maltraitance aux autorités administratives dans le cadre des activités sanitaires, sociales et médico-sociales de l'établissement doit être élaboré au cours du premier trimestre 2012.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Un état des lieux permettant d'identifier les situations, les risques et les facteurs de maltraitance est réalisé en lien avec la CRU.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une charte de bientraitance a été élaborée en Octobre 2011. Un état des lieux des situations à risque de maltraitance a été réalisé en Octobre 2011 afin de prévenir la maltraitance par la communication. Ces deux documents ont été présentés et discutés à la CRU avant et après finalisation. Ils ont été également présenté à la CSIRMT et en réunion des cadres de santé.</p>
<p>La promotion de la bientraitance est intégrée dans les projets de l'établissement (projet médical, projet de soins, projet social, etc.).</p>	<p>Oui</p>	<p>Dans le cadre de l'actualisation du projet de soins, axe du projet d'établissement 2013-2018, une action de développement de la bientraitance a été intégrée.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
L'expression des patients et de leurs proches est favorisée.	En grande partie	<p>La mise à jour de Décembre 2011 du livret d'accueil des patients intègre la charte de bientraitance et les informations relatives à la CRU.</p> <p>Les questionnaires d'évaluation de la satisfaction des usagers comporteront à compter du premier trimestre 2012 des items sur la promotion de la bientraitance.</p>
Des actions de sensibilisation des professionnels à la prévention de la maltraitance et à la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.	En grande partie	<p>Des sessions de formation des professionnels à la bientraitance ont été organisées et réalisées depuis Juin 2011. De nouvelles sessions sont planifiées pour 2012 afin de former à terme l'ensemble du personnel. Le livret d'accueil du personnel mis à jour en décembre 2011 intègre la charte de bientraitance. La diffusion de l'état des lieux sur les situations à risque de maltraitance a été réalisée en Décembre 2011.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont mises en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les actes de maltraitance signalés par les fiches d'évènements indésirables font l'objet d'un traitement prioritaire par la cellule compétente depuis Mai 2011. Les situations à risque de maltraitance sont repérées par les professionnels formés et des plans d'actions d'amélioration sous forme de microprojet permettent de promouvoir la bientraitance. Ils sont en place depuis Juin 2011.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les actions visant la prévention de la maltraitance et la promotion de la bientraitance sont suivies et évaluées.</p>	<p>Oui</p>	<p>Les actions d'amélioration définies en lien avec les situations à risque de maltraitance repérées par les professionnels formés ont été évaluées en Novembre 2011. Une nouvelle évaluation est planifiée en Juin 2012.</p>

Référence 12 : La prise en charge de la douleur

Critère 12a-SM

Prise en charge de la douleur



COTATION

C

E1 Prévoir

Réponses aux EA

CONSTATS

La stratégie de prise en charge de la douleur est formalisée dans les différents secteurs de l'établissement en concertation avec le CLUD (ou équivalent).

Oui

L'établissement a formalisé la stratégie de prise en charge de la douleur en Novembre 2011. Celle-ci sera intégrée dans le futur projet d'établissement. Le CLUD a validé celle-ci le 5 Janvier 2012. Un logigramme de prise en charge de la douleur a été formalisé en Novembre 2011. La composition du CLUD a évolué avec la nomination d'une cadre de santé référent douleur à plein temps pour 5 mois (puis à temps partiel), de référents douleur infirmier par pôle, d'un référent psychologue et pour les personnels de rééducation (Novembre 2011). Les référents douleur se sont réunis en Décembre 2011 à plusieurs reprises et Janvier 2012. Une fiche rôle et mission du référent douleur a été élaborée en Novembre 2011. Cette nouvelle composition a fait l'objet d'une action de communication à l'ensemble des professionnels le 5 Janvier 2012 ainsi que sur la nomination du cadre de santé par messagerie interne et en Octobre 2011 par le journal Infos personnel. Le CLUD s'est réuni 2 fois en 2010 et 6 fois en 2011 dans le cadre de groupes de travail et à deux reprises pour validation des différents documents. Un plan d'action 2012 a été formalisé et sera validé en Février 2012. Au sein de la CSIRMT du 4 Novembre 2011 et en réunion de direction des soins et cadre de santé les 7 Septembre et 14 Novembre 2011, il a été présenté les actions de prise en charge de la douleur. En CME du 21 Décembre 2011, le Président du CLUD a présenté les travaux du CLUD.

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des protocoles analgésiques issus des recommandations de bonne pratique et adaptés au type de chirurgie pratiquée, à la pathologie donnée, aux types de patients, à la douleur induite par les soins sont définis.</p>	<p>Oui</p>	<p>Un guide "Quand faire les soins et un protocole d'utilisation du mélange prolocaine/lidocaine" ont été formalisés et validés par le CLUD lors des réunions du 22 Septembre et 3 Novembre 2011. Ils ont été diffusés par les référents douleurs au sein des pôles en Décembre 2011. Ce guide précise le bon usage des médicaments au bon moment pour des soins douloureux. Un projet de protocole d'utilisation du protoxyde d'azote a été formalisé en Janvier 2011.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des formations/actions sont mises en oeuvre dans les secteurs d'activité.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Après analyse des besoins en formation douleur, le CLUD a validé une formation prioritaire pour les référents douleur de 3 jours en janvier/février 2012 (22 professionnels IDE, aide soignant, cadre, kinésithérapeute). Une formation de trois jours a été programmée pour 2 sessions de 18 professionnels au 1er et 4ème trimestre de chaque année à partir de 2012. Parallèlement, 16 actions de sensibilisation dans les unités de soins ont été menées par la cadre de santé douleur et les référents douleur auprès des professionnels des différents pôles cliniques au moment de la relève des équipes soignantes (présentation du dispositif de prise en charge de la douleur). 10 autres sont programmées pour l'année 2012.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les secteurs d'activité mettent en place l'éducation du patient à la prise en charge de la douleur.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>A ce jour, le patient pris en charge dans le cadre de sa douleur reçoit des informations par le médecin généraliste et l'équipe soignante quant à son traitement, à l'origine de la douleur, au repérage des signes et à la gestion de son traitement. Toutefois, il n'y a pas de programme d'éducation spécifique. La formalisation d'une fiche dans le classeur "Education thérapeutique sur la prise en charge de la douleur" est planifiée pour le premier trimestre 2012. Le contrat d'engagement de prise en charge de la douleur dans la nouvelle maquette du livret d'accueil du patient a été réalisé en Décembre 2011. Celui-ci sera diffusé en Février 2012. Il est disponible sur intranet. Une affiche de sensibilisation à destination des patients pour parler de leur douleur a été mise en place dans les unités de soins.</p>

La traçabilité des évaluations de la douleur dans le dossier du patient est assurée.

Partiellement

Dans le dossier patient informatisé déployé dans tous les pôles cliniques, une page "observations somatiques" a été créée et permet lors de la première évaluation somatique par le médecin généraliste de coter l'intensité de la douleur. Une page réévaluation est également en place. Plusieurs échelles d'évaluation de la douleur ont été validés en Septembre et Novembre 2011 (échelles pour patients communicants et pour non communicants) et mises à disposition des deux unités de soins expérimentales en Décembre 2011 et d'une unité de soins prenant en charge une personne dans le cadre d'une démarche palliative. Elles seront mises à disposition des autres unités de soins au cours du premier trimestre 2012 lors des rencontres de sensibilisation.

Les référents douleurs ont été formés en Décembre 2011. Cette action a été poursuivie en Janvier/Février 2012. Lors de la visite, les experts-visiteurs ont objectivé dans les trois unités, l'effectivité de la prise en charge de la douleur soit lors de l'admission et au cours de la prise en charge (expérimentation en Décembre 2011 de différents supports inhérents à la prise en charge de la douleur) et la traçabilité des différentes évaluations. Toutefois, cette traçabilité de l'évaluation n'est pas assurée hormis celle du médecin généraliste dans les autres unités de soins. Le déploiement de la mise en place des échelles est engagée. Suite à l'examen initial pratiqué par le médecin généraliste, le niveau de la douleur somatique est cotée selon une échelle de 1 à 10 dans le dossier patient informatisé. L'évaluation de la douleur psychique est évaluée par le psychiatre à l'admission puis au cours de son hospitalisation. Les équipes soignantes évaluent sur le dossier papier l'intensité de la douleur. Un projet de création dans le dossier informatisé d'une page douleur est en cours de réalisation avec intégration des échelles de mesure (validation lors du COPIL du 30 janvier 2012). Sur les autres unités de soins, l'évaluation de la douleur est réalisée par les médecins généralistes avec cotation systématique, en revanche, les professionnels n'utilisent pas les échelles d'évaluation. Cette démarche d'évaluation n'a pas été étendue aux structures ambulatoires et à l'hospitalisation à temps partiel. En pédopsychiatrie, l'évaluation de la douleur réalisée par le médecin est tracée. Elle l'est rarement par les équipes soignantes et éducatives.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les professionnels de santé s'assurent du soulagement de la douleur.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une évaluation de la douleur est réalisée lors de l'admission et tout au long de la prise en charge par le médecin généraliste, psychiatre et l'équipe soignante sur l'ensemble des unités de soins. La réévaluation et les réajustements sont effectués suite au suivi de l'intensité de la douleur par les équipes soignantes et lors de la consultation du médecin généraliste. L'évaluation de la douleur fait l'objet d'une traçabilité par le médecin généraliste dans le dossier sur l'ensemble des unités de soins hospitalières. Elle est effective au sein des trois unités par les équipes soignantes. Elle est rarement tracée dans les autres unités.</p>
<p>Des moyens d'évaluation de la douleur pour les patients non communicants (échelles d'hétéro-évaluation) sont mis à la disposition des professionnels.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Des échelles d'évaluation de la douleur ont été validés par le CLUD et seront mises à disposition des professionnels au cours du premier trimestre 2012. Les trois unités de soins disposent des différentes échelles d'évaluation. Au cours de la visite, dans d'autres unités de soins. Il a été constaté le début de mise en place des échelles d'évaluation par les référentes douleur et les équipes soignantes.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les responsables des secteurs d'activité s'assurent de l'appropriation et de l'utilisation des outils par les professionnels.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>Le groupe référent douleur et la cadre de santé chargés de déployer le projet de prise en charge de la douleur ont pour mission de veiller à l'appropriation et à l'utilisation des outils par les professionnels. L'établissement a planifié pour le deuxième trimestre 2012 une enquête de pratiques auprès des soignants pour évaluer l'appropriation et l'utilisation des échelles. Il a été objectivé une appropriation et l'utilisation des outils par les professionnels des trois unités de soins et un accompagnement effectif des référents douleur, des cadres de santé et de la cadre de santé chargé du projet. Pour les autres unités de soins, l'accompagnement est en cours de déploiement.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur sont évaluées à périodicité définie sur le plan institutionnel.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Une enquête auprès des patients pour évaluer la qualité et l'efficacité de la prise en charge de la douleur a été menée en Mai 2011. Une nouvelle enquête est programmée à partir du 2ème trimestre 2012 puis annuelle (formalisation du questionnaire par le groupe CLUD auprès des patients et des personnels et l'élaboration du protocole d'enquête programmé pour Février 2012). Le suivi des consommations des antalgiques est réalisé et présenté en CLUD. A compter de 2012, l'audit dossier patient prendra en compte l'indicateur traçabilité de la douleur.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en place.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Suite aux résultats des enquêtes menées auprès des soignants et des patients. Un plan d'action sera formalisé (3ème trimestre 2012). Un bilan annuel du CLUD est élaboré annuellement. Un plan d'action est défini. Dans le cadre du projet de prise en charge de la douleur. Diverses actions d'amélioration ont été engagées et réalisées. La mise en place de l'indicateur douleur et les résultats de l'enquête permettront à l'établissement de définir et mettre en oeuvre les actions d'amélioration.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>L'établissement participe à des partages d'expérience sur les organisations et les actions mises en place, notamment dans les régions.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement a fait la démarche de s'inscrire à l'Association Nationale Inter Etablissement des CLUD et dispositifs associés en santé mentale en 2011. Le cadre de santé référent douleur a adhéré à l'Association Provence Avignon Douleur depuis 2010. L'établissement s'est abonné à la revue trimestrielle Douleur et analgésie.</p>



Critère 13a-SM

Prise en charges et droits des patients en fin de vie

Ce critère s'applique à tous les établissements accueillant des patients en fin de vie.

COTATION

B

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une organisation permettant l'évaluation et la prise en charge des besoins des patients en fin de vie est en place.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le nombre d'accompagnements de patients en fin de vie est très peu nombreux (2 situations de 2008 à 2010). Depuis deux ans, une équipe mobile de soins palliatifs a été mise en place au sein de l'établissement et est composée d'un médecin généraliste et d'un médecin psychiatre initialement médecin d'une équipe mobile de soins palliatifs). Un protocole Accompagnement des patients en phase terminale et palliative a été formalisé et validé en CME (version 2 janvier 2012). Une information des directives anticipées a été incluse dans le nouveau livret d'accueil (réalisé en Décembre 2011) et un volet positionné dans le dossier patient informatisé avec indication pour le personnel des règles régissant ces directives. Un groupe de travail centré sur les soins palliatifs a été mis en place et est constitué de deux médecins et de deux directeurs adjoints. Une présentation des travaux portant sur les soins palliatifs a été réalisée lors de la CME du 21 Décembre 2011.</p> <p>A ce jour, l'établissement a formalisé un projet de convention avec une équipe mobile de soins palliatifs du Centre Hospitalier d'Avignon (contractualisation en Février 2012).</p>

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
Des modalités de recueil de la volonté du patient et, le cas échéant, de conservation des directives anticipées sont définies.	Oui	Un volet directives anticipées dans le logiciel dossier patient informatisé a été mis en place après validation de la CME en Janvier 2012. Celui-ci permet le recueil de l'information sur les directives anticipées et l'accès à un document spécifique portant sur celles-ci à imprimer et à mettre à disposition du patient et de la famille.
Les patients adultes reçoivent des informations écrites sur leur droit d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie ou les traitements de réanimation et sur leur droit d'établir des directives anticipées.	Oui	L'information du patient est réalisée dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement. Le protocole "Accompagnement des patients en phase palliative et terminale" prend en compte les droits d'accepter ou de refuser des traitements de maintien en vie. Celui-ci a été diffusé auprès des unités de soins. Les experts-visiteurs ont objectivé pour une situation de démarche palliative, la mise à disposition d'informations écrites.

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La démarche palliative est mise en oeuvre dans les secteurs concernés par les situations de fin de vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>L'établissement met en oeuvre la démarche palliative pour les situations de fin de vie. Elle est coordonnée par le médecin généraliste autour du psychiatre, l'équipe soignante et le cas échéant les proches. Des actions de soutien à destination des professionnels sont mises en oeuvre : présence du médecin généraliste au moment des transmissions, intervention à la demande de l'équipe mobile de soins palliatifs, transfert du patient dans des lits de répit au sein du Centre Hospitalier d'Avignon, débriefing systématique a posteriori de la prise en charge, soutien psychologique par la psychologue). Tout au long de la prise en charge des réunions pluri professionnelles sont mises en place notamment pour rédefinir la stratégie de prise en charge. A compter des sessions de formations 2012, les référents douleur bénéficieront d'une journée supplémentaire de formation portant sur les soins palliatifs. Les professionnels ont à leur disposition depuis Novembre 2011, les recommandations de l'ANAES Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les acteurs de soins concernés sont informés des dispositifs légaux concernant les droits des patients et la fin de la vie.</p>	<p>Oui</p>	<p>Le médecin psychiatre initialement médecin en équipe mobile de soins palliatifs a organisé différentes rencontres auprès des professionnels et en CME. Personne ressource, elle intervient de manière régulière auprès des professionnels dans le cadre de formation action lors de prise en charge.</p>
<p>L'action des associations d'accompagnement et de leurs bénévoles est facilitée.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>A ce jour, les associations d'accompagnement et leurs bénévoles n'interviennent pas auprès des patients. L'établissement a initié des contacts auprès d'associations de bénévoles et a programmé la formalisation d'une coopération auprès d'associations à compter du premier trimestre 2012. Trois aumôniers de différents cultes interviennent auprès des patients et familles.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Une concertation au sein de l'équipe soignante dans les situations de fin de vie est mise en oeuvre.</p>	<p>Oui</p>	<p>De manière régulière, la concertation entre les différents professionnels concernés par une prise en charge de fin de vie est menée autour du médecin généraliste et si nécessité avec le soutien et l'expertise de l'équipe mobile de soins palliatifs du CH d'Avignon. L'ensemble des décisions à prendre est décidé lors de ces réunions. En cas de nécessité, les proches sont associés à la prise de décision.</p>
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>La prise en charge des patients en fin de vie fait l'objet d'une évaluation pluriprofessionnelle et en lien avec les structures concernées (comité d'éthique ou équivalent, CRU, CME, Commission de soins, etc.).</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'établissement a engagé une démarche auprès des structures concernées pour la prise en charge des patients en fin de vie (associations d'accompagnements et de bénévoles, équipe mobile de soins palliatifs...). Dans le cadre de la démarche d'évaluation, l'établissement a prévu de suivre le nombre de dossiers renseignés sur l'expression des directives anticipées, l'évaluation des conventions de partenariat, l'évaluation de la satisfaction des patients par le biais de l'enquête annuelle en lien avec la CRU. A ce jour, cette démarche n'est pas initiée.</p>

E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les secteurs d'activité les plus concernés mettent en place une réflexion sur les situations d'obstination déraisonnable et la limitation ou l'arrêt de traitements à visée curative.</p>	<p>Oui</p>	<p>Une réflexion est menée tout au long de la prise en charge et les prises de décisions sont partagées, validées et associées avec les proches. Ces décisions font l'objet d'une traçabilité dans le dossier du patient.</p> <p>Le médecin généraliste en lien avec le psychiatre coordonne la prise en charge et l'article le cas échéant avec l'équipe mobile de soins palliatifs et/ou avec l'unité de soins palliatifs lors de transfert.</p>
<p>Des actions d'amélioration sont mises en oeuvre.</p>	<p>Partiellement</p>	<p>L'évaluation de la prise en charge des patients en fin de vie n'ayant à ce jour pas été structurée, l'établissement n'a pu définir des actions d'amélioration. Toutefois, suite à la décision du rapport de certification, diverses actions d'amélioration ont été mises en oeuvre (formalisation de divers documents d'information, protocoles, actions de formation, formation/action, formalisation de convention, traçabilité du recueil des directives anticipées...).</p>

Référence 28 : L'évaluation des pratiques professionnelles

Critère 28b

Pertinence des soins

COTATION

C

E1 Prévoir	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Les enjeux liés à la pertinence des soins sont identifiés au sein de l'établissement.</p>	<p>Oui</p>	<p>La politique d'EPP, intégrée à la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, constitue un axe du projet d'établissement. L'organisation, les responsabilités et les missions de la commission EPP ont été redéfinies en Octobre 2011. Sa composition a été modifiée afin de revêtir un caractère pluriprofessionnel et de concerner des représentants de l'ensemble des prises en charge assurées par l'établissement. Sa mission a été renforcée afin d'en faire une cellule opérationnelle des démarches EPP engagées (proposition des thématiques, accompagnement de la démarche, communication avec les professionnels et les instances). De plus, une réflexion formalisée a été engagée avec les responsables de pôles cliniques et médicotechniques afin d'identifier les enjeux liés à la pertinence des soins tels que : les hospitalisations (admissions et journées), les actes à risque, les prescriptions médicamenteuses, les autres prescriptions thérapeutiques, ainsi que les examens biologiques et les explorations complémentaires.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
<p>Des analyses de la pertinence des soins sont réalisées et permettent la mise en oeuvre d'actions d'amélioration.</p>	<p>En grande partie</p>	<p>Trois EPP concernant la pertinence des soins ont été réalisées depuis 2007. L'une d'entre elles n'a pas abouti. Les deux autres ont donné lieu à des actions d'amélioration. Deux autres démarches de revue de pertinence ont été retenues en 2012. Dans le cadre de la politique EPP définie en 2011, une fiche projet doit être rédigée pour chaque démarche EPP afin d'en structurer l'organisation avec des objectifs, des enjeux, des références bibliographiques, un organigramme, une méthode de réalisation et d'évaluation et un calendrier de réalisation. L'état d'avancement du projet est présenté aux instances et notamment la CME, le COPIL de la qualité et la CSIRMT. Cette démarche doit être effective en 2012. La même échéance est prévue pour la réalisation de deux évaluations annuelles pour chaque démarche avec mesure de son impact sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'indicateur retenu est le nombre de revues de pertinence réalisées comparé au nombre de revues de pertinence prévues.</p>

E2 Mettre en oeuvre	Réponses aux EA	CONSTATS
Des guides de bon usage des soins sont mis à la disposition des professionnels.	Partiellement	La mise à disposition des professionnels de guide de bon usage en lien avec les EPP de pertinence des soins comprend le livret thérapeutique qui sera réactualisé en 2012 et le référentiel de pertinence des prescriptions du bilan sanguin dont la dernière version date de 2010, sans mise à jour prévue.
E3 Evaluer et améliorer	Réponses aux EA	CONSTATS
Les différents secteurs d'activité clinique et médicotechnique assurent le suivi des actions d'amélioration et mesurent l'impact sur l'évolution des pratiques.	Non	L'établissement a prévu deux évaluations annuelles au minimum pour chaque démarche EPP concernant la mise en oeuvre des actions d'amélioration, afin de mesurer l'impact de la démarche sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le suivi des tableaux de bord des EPP s'inscrivant dans une démarche de pertinence des soins est prévu à compter de 2012. Une évaluation annuelle du programme EPP est prévue, utilisant comme indicateur le nombre de revues de pertinence réalisées comparé au nombre de démarches EPP.