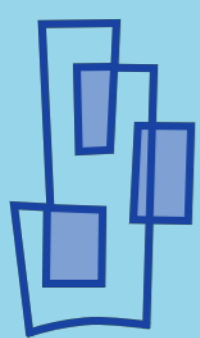


Book des grilles

**Audit
Système**



FORAP

Book construit par la FORAP
à partir des grilles HAS générées sur Calista



MESURER
& AMELIORER LA QUALITE

Grilles Audit Système

Mars 2021

Sommaire

Méthode de l'Auditsystème

Extrait du manuel de certification HAS - Fiche pratique opératoire Audit système (Pages 238 à 243)

- 1• Leadership
 - 2• QVT & travail en équipe
 - 3• Engagement des patients
 - 4• Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins
 - 5• Maîtrise des risques
 - 6• Représentants des usagers
 - 7• Coordination territoriale
- Entretien professionnel (Grille intégrée dans Calista)

Lien Youtube vers le module Audit Système de la HAS :

<https://www.youtube.com/watch?v=sW0QuPQkCEM>

MÉTHODE DE L'AUDIT SYSTÈME

Évaluation des organisations de l'établissement
pour s'assurer de leur maîtrise sur le terrain.



RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

(direction, président de la CME,
direction des soins ou équivalent)

Sur une thématique donnée,
l'évaluateur analyse la politique,
les activités et les actions mises
en place par la gouvernance
pour s'assurer de la capacité
qu'a l'établissement à maîtriser
et à atteindre ses résultats.



RENCONTRE AVEC LES REPRÉSENTANTS DES USAGERS

Selon les thématiques, l'évaluateur
s'assure de l'implication des
représentants des usagers et
des associations de patients
dans la vie de l'établissement.



CONSULTATION DOCUMENTAIRE

L'évaluateur consulte tous les documents
nécessaires à son évaluation.

Exemples : projet médico-soignant
(conventions de partenariat), politique
qualité (stratégie de recueil de l'expression
du patient), bilan des plaintes et
des réclamations, plan de formation, plan
de gestion des tensions hospitalières, etc.



RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

L'évaluateur vérifie la bonne
diffusion de la politique, des activités
et des actions de l'établissement
sur la thématique concernée et
sa déclinaison par les professionnels
de terrain.



L'audit système se différencie du traceur ciblé ; l'investigation est conduite en partant
de l'organisation du processus jusqu'à la vérification de la mise en œuvre réelle sur le terrain.

Certification des établissements de santé pour la qualité des soins :
patients, soignants, un engagement partagé

Comment conduire un audit système ?

Cibles prioritaires **EV – ES – RU**

Objectifs de la fiche

Cette fiche décrit les étapes et les conditions de mise en œuvre de la méthode de l'audit système.

Pour bien commencer

La méthode de l'audit système permet d'évaluer l'organisation de l'établissement pour s'assurer de sa maîtrise et de sa capacité à atteindre les objectifs. Elle est utilisée majoritairement pour évaluer le chapitre 3 du référentiel de certification.

Le déroulé de la méthode repose sur plusieurs phases exposées dans l'infographie et dont les conditions de mise en œuvre sont ensuite détaillées.

Les audits système se différencient des traceurs du fait que l'évaluation démarre par la compréhension de l'organisation (entretiens gouvernance et éventuellement consultation documentaire) vers la mise en œuvre réelle sur le terrain.



CALISTA génère une grille d'éléments d'évaluation selon le patient traceur que l'on souhaite évaluer. Dans la grille d'évaluation, une réponse « oui », « non » ou « non applicable » est attendue pour chaque élément d'évaluation.

- La réponse « oui » signe la satisfaction globale à l'élément d'évaluation.
- La réponse « non » signe la non-satisfaction globale à l'élément d'évaluation.
- L'évaluateur coche la réponse « NA » lorsqu'il considère que l'élément d'évaluation est non applicable à la situation de l'évaluation ou lorsqu'il n'est pas en mesure de l'évaluer.

En pratique


■ Dans le cadre d'une visite de certification, seul un expert-visiteur habilité peut réaliser cette méthode.

L'infographie ci-après présente les quatre étapes de la méthode, chacune des étapes étant précisée ensuite.

Sept audits système ont été préalablement définis par la HAS dans la cadre des visites de certification :

- Leadership
- QVT & travail en équipe
- Engagement des patients
- Dynamique d'amélioration continue de la qualité des soins
- Maîtrise des risques
- Représentants des usagers
- Coordination territoriale

1 CONSULTATION DOCUMENTAIRE

 Durée : 1 heure inscrite au calendrier

 Lieu : dans la salle des experts-visiteurs ; au fil des entretiens si besoin

Les objectifs de la consultation documentaire sont :

- bien comprendre le contexte, les enjeux, l'organisation mise en place par l'établissement sur l'audit système évalué ;
- préparer et structurer les entretiens en tenant compte de la grille d'évaluation et des informations consultées.

La consultation est réalisée à différentes étapes :

- avant la visite sur la base des documents mis à disposition par l'établissement dans CALISTA ;
- avant les entretiens avec la gouvernance sur la base des documents complémentaires qui auront été demandés à l'établissement le matin ou la veille de l'audit système ;
- au fil des entretiens avec la gouvernance, les professionnels, les représentants des usagers.


Dans le cadre de l'évaluation interne, la personne en charge de réaliser l'évaluation doit identifier l'ensemble des documents dont elle aura besoin avant le démarrage de son évaluation et s'en imprégner.

Les documents mis à disposition de la HAS par l'établissement sont accessibles dans CALISTA, dossier Ma Certification/ documents. Leur dépôt est obligatoire pour certains.

DOCUMENTS OBLIGATOIRES	DOCUMENTS FACULTATIFS
Bilan de la commission des usagers	Accréditation COFRAC (Laboratoire d'analyses médicales)
Contrat d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins	Certification ISO (liste des services certifiés ISO 9001,14001)
Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens	Rapport CGPL (rapport du Contrôleur général des lieux de privation de liberté)
Liste des services et/ou pôles	Rapport Cour des comptes
Bilan des événements indésirables*	Rapport inspection ARS
Organigramme	Rapports ABM (Agence de biomédecine)
Plan blanc	Rapports ASN (Agence de sécurité nucléaire)
Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	Rapports IGAS (Inspection générale des affaires sociales)
Plan d'implantation des services	Charte de bloc
Politique qualité	
Projet établissement et/ou note d'orientation stratégique	

* Le bilan doit spécifier *a minima* le nombre d'évènements indésirables, le nombre d'EIGS, leurs délais moyens de traitement et pour les EIGS les délais de transmission à l'ARS.

2 RENCONTRE AVEC LA GOUVERNANCE

 Durée : 1 h 30 à 3 heures

 Lieu : salle de réunion

La gouvernance s'entend par la direction, le président de la CME et la direction des soins ou équivalent. Selon l'audit système concerné, d'autres personnes peuvent être associées :


- directeur ou responsable qualité ;
- directeur ou responsable des ressources humaines ;
- personne responsable de la logistique ;
- médecin hygiéniste ;
- pharmacien ;
- représentants des usagers.


Une segmentation des entretiens est indispensable selon la taille de l'établissement.

Les objectifs de cette rencontre sont :

- (re)présenter aux participants les objectifs de l'audit système évalué, (re)préciser le déroulé et donner du sens ;
- préciser que la rencontre est aussi un moyen de valoriser les bonnes pratiques ;
- poser des questions en lien avec la grille d'évaluation et la consultation documentaire préalablement réalisée.

3 RENCONTRE AVEC LES PROFESSIONNELS

 Durée : 1 heure à 1 h 30 par rencontre


 Lieu : sur le terrain dans un ou plusieurs services

Selon l'audit concerné, les rencontres des professionnels de terrain sont réalisées dans un ou plusieurs services, voire sur plusieurs sites selon la structuration de l'établissement. Lorsque cela est possible, il est intéressant d'y intégrer des professionnels de nuit.

Les objectifs de ces rencontres sont :

- confirmer ou infirmer le bon fonctionnement du système au plus près des services ;
- compléter les éléments de la grille d'évaluation de l'audit système concerné.

4 SELON L'AUDIT SYSTEME CONCERNE, RENCONTRE AVEC LES REPRESENTANTS DES USAGERS

 Durée : 1 heure

 Lieu : salle de réunion

La participation des représentants des usagers renforce la finesse de l'évaluation réalisée dans la mesure où elle donne accès à des retours, des points de vue ou regards de nature différente, qui, en les croisant avec ceux des professionnels, permettent d'obtenir une photographie plus complète de la situation de l'établissement, de ses forces et faiblesses.

Une réelle implication des représentants des usagers, en collaboration avec les professionnels, favorise la résolution des dysfonctionnements constatés dans l'établissement.

Enfin, le représentant des usagers peut jouer un rôle dans l'information sur l'existence et les enjeux de la certification auprès du grand public.

Dans cette optique, l'évaluateur cherchera à apprécier le niveau d'implication réelle des représentants des usagers, à détecter leurs éventuelles difficultés à s'impliquer dans la vie de l'établissement. Dans le cas de l'évaluation interne, l'évaluateur pourra, le cas échéant, rechercher avec les représentants les actions d'amélioration à mettre en place pour favoriser leur participation à la vie de l'établissement.

Exemple : audit système « Dynamique d'amélioration » abordé selon les publics rencontrés.

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Consultation documentaire	Consultation des documents disponibles sur CALISTA : Politique qualité Plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins Prendre connaissance des autres types de certification et d'accréditation obtenus par l'établissement Bilan des plaintes et réclamations	
Entretiens avec la gouvernance	La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité. Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes. L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire).	3.7-01
	Le programme d'amélioration de la qualité prenant en compte l'expérience du patient est mis en œuvre.	3.7-02
	Les objectifs de qualité et de sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis. Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins. Dans le cas d'un statut nonrépondant à un IQSS, les raisons sont expliquées et justifiées.	3.7-03
	Si un service d'urgence existe : La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension signalées par les urgences pour soutenir les actions nécessaires. Il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence.	3.7-05

Étapes	Évaluation/Observations	Critères
Entretiens avec la gouvernance	La gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement). Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » (spécialités de gynécologie-obstétrique, d'anesthésie-réanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont des médecins ou des équipes accréditées.	3.7-06
Entretiens avec les professionnels	L'adéquation des procédures à ces recommandations fait l'objet d'un travail en équipe et elles sont actualisées si nécessaire. Les revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée : taux de transfert à 48 heures, GMT au regard des types d'autorisations, séjours « longs ».	3.7-01
	L'analyse des retours des patients permet aux équipes de soins de mettre en place collectivement des actions d'amélioration.	3.7-02
Entretiens avec les représentants des usagers	Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.	3.7-02
	Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la commission des usagers.	3.7-03

Retours d'expérience

L'évaluateur veillera à favoriser un climat de confiance, de façon à créer un dialogue le plus constructif possible. La méthode est conduite selon une démarche pédagogique, transparente, bienveillante et non culpabilisante, sans jugement sur le travail ni recherche de responsabilité des professionnels.

L'évaluateur favorisera les questions ouvertes non orientées permettant l'expression libre des professionnels. Ces questions seront complétées par des questions fermées portant sur des éléments qui n'auront pas été abordés spontanément.

AUDIT SYSTEME

Leadership

Éléments d'évaluation

Gouvernance

La gouvernance décline la politique qualité en actions concrètes sur le terrain

Oui Non Non applicable

La CME, l'encadrement, les professionnels, les représentants des usagers sont associés à l'élaboration et au suivi de la politique qualité/sécurité des soins.

Oui Non Non applicable

Les orientations prioritaires de la politique qualité/sécurité des soins sont fondées sur une analyse globalisée de l'ensemble des données, risques et connaissances disponibles.

Oui Non Non applicable

La gouvernance s'implique directement dans des actions du programme de qualité et sécurité des soins.

Oui Non Non applicable

La gouvernance s'assure de l'équilibre entre les personnels permanents présents et les personnels de remplacement qui ne connaissent pas l'établissement.

Oui Non Non applicable

La gouvernance pilote les compétences et présences des professionnels nécessaires à la bonne réalisation des activités

Oui Non Non applicable

Les responsables ont bénéficié d'une formation au management.

Oui Non Non applicable

Les managers partagent de façon régulière et structurée leur expérience.

Oui Non Non applicable

Les managers peuvent bénéficier d'action de soutien ou de coaching dans l'exercice de leur fonction d'encadrement.

Oui Non Non applicable

AUDIT SYSTEME

QVT et travail en équipe

Éléments d'évaluation

Gouvernance

Des démarches collectives d'amélioration du travail et de la dynamique en équipe existent.

Oui Non Non applicable

Il existe dans l'établissement des équipes qui développent des démarches spécifiques sur PACTE, accréditation en équipe, ou autre(s) dispositif(s).

Oui Non Non applicable

Il existe un travail spécifique d'amélioration de la synchronisation des temps des équipes.

Oui Non Non applicable

À tous les niveaux de la gouvernance, les responsables s'assurent de l'adéquation entre les missions et les compétences des professionnels, et mettent en place, le cas échéant, les actions requises.

Oui Non Non applicable

Les compétences sont régulièrement évaluées, en lien avec les secteurs d'activité, de manière à mettre en œuvre les actions utiles de formations, de développement professionnel continu.

Oui Non Non applicable

Il existe une politique/démarche QVT de l'établissement, volet distinct ou intégré au sein de son projet social.

Oui Non Non applicable

L'élaboration, le suivi et l'évaluation de la démarche sont concertés avec les instances représentatives des professionnels et connus par eux.

Oui Non Non applicable

La démarche QVT a été construite à partir d'un questionnaire de satisfaction des personnels ou, le cas échéant, les personnels sont invités selon des modalités diverses à donner leur avis sur leur qualité de vie au travail pour nourrir l'évaluation de la démarche QVT.

Oui Non Non applicable

La politique/démarche QVT tient compte des composants démographiques, sexe et âge, analyses et variations d'absentéisme, de turnover, d'arrêts maladie.

Oui Non Non applicable

Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain

Oui Non Non applicable

En cas de conflits interpersonnels, il existe une possibilité de médiation respectant la confidentialité.

Oui Non Non applicable

AUDIT SYSTEME

Engagement des patients

Éléments d'évaluation

Gouvernance

L'établissement soutient le recueil de la satisfaction des patients avec eSatis (ou autres dispositifs complémentaires, le cas échéant).

Oui Non Non applicable

Les mesures promouvant la participation des patients à eSATIS sont adaptées en fonction des résultats suivis par la gouvernance. Des questionnaires de satisfaction développés intra établissement, en lien avec la Commission des usagers, peuvent venir compléter le dispositif national eSatis.

Oui Non Non applicable

L'établissement promeut et favorise l'élaboration et l'exploitation de questionnaires spécifiques sur l'expérience patients dans les unités de soins ou plateaux techniques (PREMS) ou sur le résultat sur sa santé de son point de vue (PROMS).

Oui Non Non applicable

Des initiatives visant à mobiliser l'expertise des patients sont portées par la gouvernance.

Oui Non Non applicable

Les patients sont sollicités dans le cadre des démarches collectives de développement et d'amélioration de pratiques : revue de mortalité et de morbidité, Comité de retour d'expérience, revue des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés, EPP...

Oui Non Non applicable

Des démarches d'intégration de l'expertise des patients sont effectives dans différents domaines (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours patient, formation des professionnels...).

Oui Non Non applicable

L'impact des intégrations de l'expertise des patients est évaluée.

Oui Non Non applicable

L'établissement assure la promotion des bonnes pratiques de communication entre les professionnels et les patients ou leur entourage : politique d'information et de communication auprès des patients, livret d'accueil du nouvel arrivant, formation continue, mise à disposition d'outils facilitants.

Oui Non Non applicable

Des formations à la communication avec le patient sont proposées dans le plan de formation (formation écoute active, reformulation, outils ou supports d'aide à la communication...).

Oui Non Non applicable

Les plaintes et réclamations des patients font l'objet de communications de synthèse dans les instances de CME, la Commission des soins, le cas échéant, et à la Commission des usagers. Elles sont suivies et alimentent les actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité.

Oui Non Non applicable

L'établissement assure une prévention des situations difficiles en matière de communication en facilitant le recours des patients (ou aidants, accompagnants, proches) et des équipes au médiateur, si besoin.

Oui Non Non applicable

Gouvernance

Les résultats de la promotion des bonnes pratiques sont évalués par la gouvernance, notamment du point de vue du patient (eSatis) pour améliorer sa stratégie de diffusion.

Oui Non Non applicable

L'établissement prône la bientraitance dans ses valeurs et mène des actions de sensibilisation ou de formation auprès de toutes les catégories de professionnels.

Oui Non Non applicable

La gouvernance veille au respect des droits, dignité, intimité, confidentialité et à l'établissement de la relation d'aide et de soutien vis-à-vis des patients et de leurs familles.

Oui Non Non applicable

La gouvernance veille à la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils permettant le signalement et la prise en charge de situations de maltraitance.

Oui Non Non applicable

La gouvernance veille à la diffusion et l'appropriation des recommandations de bonnes pratiques et d'outils visant le repérage et la prévention de la maltraitance « ordinaire » ou institutionnelle.

Oui Non Non applicable

L'établissement est accessible aux personnes vivant avec un handicap.

Oui Non Non applicable

L'établissement met en place des actions visant à favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables.

Oui Non Non applicable

L'établissement a organisé l'accès du patient à son dossier.

Oui Non Non applicable

Les délais de remise des dossiers sont suivis et les retards sont analysés.

Oui Non Non applicable

La Commission des usagers est informée du nombre de demandes, des délais de transmission et du suivi des actions d'amélioration mises en œuvre.

Oui Non Non applicable

L'établissement soutient les partenariats favorisant l'inclusion dans des essais cliniques de patients éligibles dans son établissement ou dans des centres du territoire.

Oui Non Non applicable

Les centres de compétences ou de références d'un établissement (notamment pour les maladies rares) assurent une communication vis-à-vis des acteurs de l'offre de soins ou médicosociale et des associations d'usagers concernées du territoire. Les établissements qui n'en disposent pas identifient les partenariats et actions possibles pour que les patients éligibles puissent y avoir accès.

Oui Non Non applicable

AUDIT SYSTEME

Dynamique
d'amélioration continue
de la qualité des soins

Éléments d'évaluation

Gouvernance

La gouvernance, et notamment la CME, mobilise les équipes sur l'identification et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques cliniques ou organisationnelles les plus importantes en regard de l'activité.

Oui Non Non applicable

Les recommandations de bonnes pratiques adéquates sont disponibles au sein des équipes.

Oui Non Non applicable

L'établissement assure la transmission des recommandations de bonnes pratiques nationales aux équipes (veille documentaire).

Oui Non Non applicable

Un programme d'amélioration de la qualité prenant en compte l'expérience du patient est mis en œuvre.

Oui Non Non applicable

Les objectifs de qualité et sécurité des soins au niveau de l'établissement sont définis.

Oui Non Non applicable

Un programme d'actions d'amélioration est mis en œuvre et intègre les actions issues de l'analyse des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.

Oui Non Non applicable

Dans le cas d'un statut nonrépondant à un IQSS, les raisons sont expliquées et justifiées.

Oui Non Non applicable

La gouvernance suit le besoin journalier en lits d'aval dans les périodes de tension signalées par les urgences pour soutenir les actions nécessaires.

Oui Non Non applicable

Il existe un plan de gestion des lits d'hospitalisation en aval de l'urgence.

Oui Non Non applicable

La gouvernance de l'établissement promeut l'accréditation auprès des équipes médicales (information, soutien, articulation avec la démarche d'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité du patient de l'établissement).

Oui Non Non applicable

Les secteurs ayant une spécialité ou une activité dite « à risque » (spécialités de gynécologieobstétrique, d'anesthésieréanimation, de chirurgie, les spécialités interventionnelles ainsi que les activités d'échographie obstétricale, de réanimation ou de soins intensifs) ont des médecins ou des équipes accréditées.

Oui Non Non applicable

AUDIT SYSTEME

Maîtrise des risques

Éléments d'évaluation

Gouvernance

La coordination avec les structures régionales et nationales de vigilance est effective. (Gouvernance)

Oui Non Non applicable

L'établissement assure la promotion des vaccinations recommandées (coqueluche, rougeole et grippe saisonnière) et connaît la couverture vaccinale recommandée et la valeur de l'IQSS « Vaccination antigrippale ». (Gouvernance)

Oui Non Non applicable

L'établissement met gratuitement à disposition des personnels les vaccinations recommandées. (Gouvernance)

Oui Non Non applicable

La vaccination des professionnels est possible au service de santé au travail ou au sein des services de soins (équipe mobile de vaccinateurs, relais vaccinateur dans les services, etc.). (Gouvernance)

Oui Non Non applicable

L'établissement analyse ses résultats ainsi que les freins organisationnels à la vaccination et met en œuvre des actions d'amélioration le cas échéant. (Gouvernance)

Oui Non Non applicable

Les catégories de risques pouvant générer des tensions hospitalières ou des crises sanitaires exceptionnelles sont identifiées par l'établissement.

Oui Non Non applicable

La cellule de crise, opérationnelle dans les 45 min suivant l'alerte dispose des outils et procédures nécessaires à son rôle de décision et coordination (prise en charge médicale des patients, organisations de crise, sûreté/sécurité, communication, suivi des victimes et accueil des familles, fonctions support).

Oui Non Non applicable

Des exercices ou entraînements sont réalisés au moins une fois par an.

Oui Non Non applicable

Le cas échéant, les événements relevant de la mise en œuvre des plans font l'objet de retours d'expériences en santé (RETEX).

Oui Non Non applicable

Des aménagements permettant la mise en isolement pour risque de transmission d'agents infectieux sont prévus.

Oui Non Non applicable

Le plan ORSAN élaboré par l'ARS fixe les objectifs de l'établissement de santé pour la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle en fonction de son plateau technique (établissement de santé de première, deuxième ou troisième ligne)

Oui Non Non applicable

Le nombre de lits, les équipements de protection individuelle, les dispositifs médicaux (de type respirateur, PSE, moniteurs de surveillance..) disponibles ainsi que les capacités de diagnostic microbiologique et de réalisation des examens de biologie médicale nécessaires pour la conduite des soins en cas déclenchement du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles sont identifiés et font l'objet d'un suivi régulier pour en vérifier l'opérationnalité

Oui Non Non applicable

Gouvernance

La mobilisation de ressources supplémentaires est coordonnée avec les partenaires du territoire.

Oui Non Non applicable

Le plan de sécurisation de l'établissement qui structure la sécurité et la sûreté est opérationnel en temps normal et pour les situations de crise. Il est adapté aux enjeux de l'établissement et à ses ressources.

Oui Non Non applicable

Les accès pour les secteurs protégés sont sécurisés.

Oui Non Non applicable

Les situations à risque pour les patients et les professionnels (situations d'urgence, actes de malveillance, patients à risque : fugues, suicides, détenus, etc.) sont répertoriées.

Oui Non Non applicable

Les consommations (énergie et eau) sont connues et un plan d'action existe pour les réduire.

Oui Non Non applicable

Une filière adaptée est en place pour chaque type de déchet.

Oui Non Non applicable

L'établissement agit pour influencer les comportements des professionnels et des patients en faveur du développement durable. L'établissement met en œuvre une politique de sensibilisation en matière de protection de l'environnement et de développement durable.

Oui Non Non applicable

Il existe un plan de maîtrise des risques environnementaux auxquels est exposé l'établissement.

Oui Non Non applicable

L'établissement a réalisé un diagnostic initial de sa situation au regard des enjeux de développement durable.

Oui Non Non applicable

L'établissement a établi une stratégie d'adaptation de son fonctionnement et un plan d'action au regard des enjeux du développement durable.

Oui Non Non applicable

L'établissement est doté d'une gouvernance ou d'un groupe de travail sur ce sujet.

Oui Non Non applicable

L'établissement a désigné un référent développement durable.

Oui Non Non applicable

Tous les secteurs de l'établissement peuvent appeler un médecin compétent pour intervenir en cas d'urgence vitale, grâce à un numéro d'appel direct.

Oui Non Non applicable

Une analyse du dispositif permet de valider son efficacité : plan de formation, pilotage du parc de matériel d'urgence et de ses dotations, exercices de mise en situation.

Oui Non Non applicable

AUDIT SYSTEME

Représentants des usagers

Éléments d'évaluation

Représentants des usagers

Les résultats des enquêtes de satisfaction et des questionnaires sur l'expérience patients sont analysés en collaboration avec les représentants des usagers et présentés à la Commission des usagers (art R. 111280).

Oui Non Non applicable

Des démarches d'intégration de l'expertise des patients sont mises en œuvre (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours patient, formation des professionnels...).

Oui Non Non applicable

Les représentants des usagers et les associations de patients sont impliqués au sein de l'établissement.

Oui Non Non applicable

Les actions de sensibilisation et d'information auprès des patients sont favorisées.

Oui Non Non applicable

Les représentants des usagers donnent leur avis sur des projets d'amélioration de la vie quotidienne des patients (accueils, locaux, signalisation...).

Oui Non Non applicable

Les représentants des usagers ont connaissance des plaintes et réclamations, des événements indésirables graves, des EIAS, questionnaires de satisfaction, eSatis et participent aux évaluations des actions entreprises.

Oui Non Non applicable

S'il existe, le projet des usagers est articulé avec le projet médical et soignant.

Oui Non Non applicable

Les représentants des usagers contribuent à la définition de la politique d'accueil et de prise en charge.

Oui Non Non applicable

Le programme d'amélioration de la qualité intègre les contributions des usagers.

Oui Non Non applicable

Les indicateurs qualité et sécurité sont présentés à la Commission des usagers.

Oui Non Non applicable

AUDIT SYSTEME

Coordination territoriale

Éléments d'évaluation

Gouvernance

Le répertoire opérationnel des ressources (ROR) de l'ARS est actualisé.

Oui Non Non applicable

L'établissement a identifié les partenaires installés ou en développement qui contribuent à certains parcours sur le territoire ou plus largement en cas d'activités de recours.

Oui Non Non applicable

L'établissement a mis en œuvre, selon sa situation, une politique « d'aller-vers » des partenaires sanitaires ou sociaux et/ou médico-sociaux sous forme de prestations complémentaires (plates-formes de télé imagerie ou télé consultations, consultations avancées, liens privilégiés) ou d'équipes mobiles.

Oui Non Non applicable

L'établissement établit les partenariats nécessaires à la fluidité des parcours.

Oui Non Non applicable

L'établissement utilise des structures de coordination en lien avec les typologies de patients qu'il prend en charge. Il peut s'agir de réseaux de soins en lien avec ses activités, de communautés professionnelles territoriales de santé, de structures d'exercice collectif, d'équipes de soins territoriales, etc.

Oui Non Non applicable

L'établissement contribue au développement des CPTS (Communautés professionnelles territoriales de santé) de son territoire

Oui Non Non applicable

L'établissement suit les délais de délivrance de la lettre de liaison à la sortie et de compte-rendu de consultation et apporte les améliorations nécessaires.

Oui Non Non applicable

L'établissement est actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale de son territoire, en lien avec ses partenaires et interlocuteurs externes.

Oui Non Non applicable

L'établissement identifie les ruptures de parcours et propose des réponses adaptées fondées sur l'appropriation des pratiques orientées rétablissement, le développement de prises en charge diversifiées privilégiant l'ambulatoire et visant le maintien et le développement des capacités des personnes.

Oui Non Non applicable

Les parcours de santé et de vie pour les personnes présentant des troubles psychiques sont organisés et lisibles et les partenaires du territoire de santé mentale identifiés :
.- les structures disponibles en matière d'aide à domicile.- les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux.

Oui Non Non applicable

Les modalités d'accès aux filières spécialisées de prise en charge des urgences pour des patients internes et externes à l'établissement ont été établies au plan médical et organisationnel.

Oui Non Non applicable

Gouvernance

La gouvernance de l'établissement se tient informée des événements qui pourraient affecter la sécurisation de la prise en charge des patients afin de soutenir l'évolution de l'organisation le cas échéant (permanence téléphonique, séniorisations...).

Oui Non Non applicable

L'établissement a organisé avec ses partenaires des protocoles médicaux et soignants pour admission directe des personnes âgées en provenance du domicile ou des EHPAD éligibles en service hospitalier ou unité de gériatrie aigüe.

Oui Non Non applicable

L'établissement a organisé une filière directe de prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation avec les médecins traitants, EHPAD, HAD, SSR, USLD du territoire.

Oui Non Non applicable

L'établissement anticipe les situations de tensions saisonnières avec les principaux services impactés pour prévenir leur saturation.

Oui Non Non applicable

Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ ou Internet).

Oui Non Non applicable

Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs.

Oui Non Non applicable

Un accès numérisé sécurisée permet un accès rapide aux échanges d'informations (données sensibles, résultats d'examen, ...) entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients.

Oui Non Non applicable

Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives.

Oui Non Non applicable

A minima, la gouvernance repère les professionnels désireux de s'investir dans des travaux d'évaluation et de recherche.

Oui Non Non applicable

Lorsque cela est adapté à sa situation, la gouvernance a défini une politique de structuration et/ou de soutien à la recherche clinique, connue des professionnels désireux de s'investir.

Oui Non Non applicable

Lorsqu'il existe des équipes désireuses de s'y engager, les réponses aux appels à projet nationaux, régionaux, la participation à des essais cliniques et/ou technologiques, les études en soins primaires, en soins infirmiers, en organisation des soins sont soutenues et reconnues. Le temps nécessaire à cette recherche est identifié et organisé.

Oui Non Non applicable

Lorsqu'il existe un émargement aux systèmes d'interrogation de gestion et d'analyse des publications scientifiques (SIGAPS), aux systèmes d'information et de gestion de la recherche et des essais cliniques (SIGREC), brevets, subventions..., il est identifié et valorisé pour les équipes contributrices.

Oui Non Non applicable

Professionnels

Pour favoriser l'accès aux soins, les usagers peuvent joindre aisément l'établissement pour des prises de rendez-vous ou des renseignements (par téléphone et/ ou Internet).

Oui Non Non applicable

Les partenaires de ville ou autres acteurs hospitaliers ou médico-sociaux peuvent joindre aisément leurs interlocuteurs.

Oui Non Non applicable

Une messagerie sécurisée permet un accès rapide aux résultats d'examens et des échanges d'informations entre les professionnels contribuant à la prise en charge des patients.

Oui Non Non applicable

Les numéros d'appel téléphonique (ou mail) pour joindre directement l'unité de soins ad hoc sont communiqués au patient. Les modalités de permanence téléphonique sont effectives.

Oui Non Non applicable

L'alimentation du dossier médical partagé et du dossier pharmaceutique est promue et suivie.

Oui Non Non applicable

AUDIT SYSTEME

Entretien professionnel

Éléments d'évaluation

Professionnels

Le plan d'action de toutes les alertes de vigilances ascendantes et descendantes et de tous les signalements, est piloté : .? les responsabilités sont identifiées ;.? les modalités de réception sont définies ;.? les modalités de transmission sont définies ;.? il existe une permanence du dispositif 24 heures sur 24.

Oui Non Non applicable

- L'équipe est sensibilisée à l'importance des vaccinations : grippe, rougeole, coqueluche, varicelle.

Oui Non Non applicable

Les professionnels des équipes de soins connaissent leur couverture vaccinale.

Oui Non Non applicable

Les professionnels de l'établissement sont informés des orientations définies en concertation avec la communauté médicale et soignante, et des actions à entreprendre.

Oui Non Non applicable

L'exploitation des résultats eSatis est restituée aux unités de soins et à la Commission des usagers pour alimenter leurs actions d'amélioration de la qualité.

Oui Non Non applicable

Des démarches d'intégration de l'expertise des patients sont mises en œuvre (éducation thérapeutique, soutien au patient, parcours patient, formation des professionnels...).

Oui Non Non applicable

Les plaintes et réclamations des patients sont connues

Oui Non Non applicable

Des formations à la communication avec le patient sont proposées aux professionnels

Oui Non Non applicable

Le respect des patients et de leurs familles est promu et partagé au sein des équipes.

Oui Non Non applicable

Les professionnels connaissent les conduites à tenir pour signaler et prendre en charge les situations de maltraitance.

Oui Non Non applicable

Les professionnels sont sensibilisés aux situations à risque et facteurs de maltraitance, notamment pour les personnes fragiles ou potentiellement exposées (violences conjugales, enfants...) pour favoriser leur détection.

Oui Non Non applicable

Les professionnels ont mis en place des modalités d'écoute quotidienne de l'expérience des patients et tout particulièrement pour les patients vulnérables, isolés, ayant des difficultés d'expression ou vivant avec un handicap.

Oui Non Non applicable

Professionnels

En interne, les professionnels sont sensibilisés à la maltraitance « ordinaire ».

Oui Non Non applicable

En présence de personnes vulnérables, les professionnels connaissent les ressources et dispositifs nécessaires à leur prise en charge en interne ou externe à la structure (assistant social, interprète, services spécialisés...).

Oui Non Non applicable

Les actions concrètes du programme qualité sont connues

Oui Non Non applicable

Les professionnels sont informés par leur encadrement des projets qualités et sont force de proposition pour des nouvelles actions

Oui Non Non applicable

La culture sécurité des soins des professionnels (ex : enquête culture de sécurité...) est évaluée

Oui Non Non applicable

Les professionnels participent à des activités dédiées à la qualité et la sécurité organisées au sein de l'établissement

Oui Non Non applicable

Les organigrammes et l'information relative aux circuits de décision et de délégation sont connues

Oui Non Non applicable

Pour sécuriser les activités en cas de manque de ressources, ponctuelles des dispositions transitoires (heures sup, intérim), mode dégradé, réduction d'activité sont mobilisables.

Oui Non Non applicable

Les professionnels remplaçants disposent des informations et de l'encadrement nécessaires à leur intégration dans l'équipe pour accomplir leur activité.

Oui Non Non applicable

Les professionnels sont sensibilisés au travail en équipe (mise en situation, team building, CRM santé, repérage des moments de communication critiques...).

Oui Non Non applicable

La synchronisation des temps médicaux et paramédicaux permet un travail d'équipe.

Oui Non Non applicable

Les temps de travail déployés dans l'établissement permettent un travail en équipe. En cas de temps partagé entre équipes réduit, des solutions organisationnelles sont mises en œuvre.

Oui Non Non applicable

Des programmes intégrés d'acquisition et de maintien des compétences, par exemple les programmes d'accréditation en équipes ou PACTE, sont proposés aux équipes.

Oui Non Non applicable

Il existe au sein des unités de travail des espaces – temps de discussions collectives qui permettent de faire un diagnostic et des propositions concrètes sur les conditions et l'organisation du travail. (Professionnels)

Oui Non Non applicable

Des dispositifs de soutien des professionnels dans la recherche de solutions visant à améliorer l'organisation du travail existent au plus près du terrain (Professionnels)

Oui Non Non applicable

Professionnels

Les difficultés de relations interprofessionnelles, inter-disciplinaires, interpersonnelles et de conflits au travail peuvent être discutées par les personnels et leur encadrement selon des modalités connues, en sus des modalités de l'évaluation professionnelle.

Oui Non Non applicable

Des dispositifs d'écoute pour un soutien psychologique sont accessibles aux professionnels.

Oui Non Non applicable

Le ou les plan(s) de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement ont été collectivement élaborés (gouvernance, instances, professionnels, représentants des usagers) et sont conformes aux guides ministériels et aux missions assignées par le plan ORSAN de la région (ARS).

Oui Non Non applicable

Les professionnels et services concernés par l'activation des plans de crise connaissent les modalités de l'alerte et de la mise en œuvre.

Oui Non Non applicable

Les équipes connaissent les conduites à tenir en cas d'incident/d'attaque (contact du référent de la sécurité numérique, mise en œuvre de solution dégradée).

Oui Non Non applicable

Les équipes connaissent les mesures de prévention des risques numériques. (Login & mot de passe personnels régulièrement changés).

Oui Non Non applicable

Le personnel connaît les règles de sécurité et les solutions de sécurisation en cas de situation critique (désordre, agression, intrusion...).

Oui Non Non applicable

Les professionnels sont régulièrement formés aux gestes de première urgence et réalisent des exercices de mise en situation.

Oui Non Non applicable

Les chariots d'urgence sont contrôlés dans les unités de soins et leur vérification est tracée.

Oui Non Non applicable

L'adéquation des procédures à ces recommandations fait l'objet d'un travail en équipe et elles sont actualisées si nécessaire.

Oui Non Non applicable

Les revues de pertinence des admissions et des séjours évaluent les résultats des indicateurs d'alerte dont la structure s'est dotée : taux de transfert à 48h, GMT au regard des types d'autorisations, séjours «longs».

Oui Non Non applicable

L'analyse des retours patients permet aux équipes de soins de mettre en place collectivement des actions d'amélioration.

Oui Non Non applicable